

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова»
(ЯрГУ)

Савельева Людмила Александровна

**КОГНИТИВНОЕ ОЦЕНИВАНИЕ КАК ПРЕДИКТОР
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Специальность: 19.00.07 – педагогическая психология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
Кашапов Мергалис Мергалимович
доктор психологических наук, профессор,
заведующий кафедрой педагогики и
педагогической психологии
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный
университет им. П.Г. Демидова»

Ярославль
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования когнитивного оценивания как предиктора эмоционального выгорания на разных уровнях медицинского образования.....	19
1.1. Теоретические подходы к изучению мышления в качестве когнитивного ресурса профессиональной деятельности.....	19
1.2. Креативность и творчество как когнитивный ресурс профессиональной деятельности врача.....	31
1.3. Роль когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций в педагогической и профессиональной деятельности	33
1.4. Синдром эмоционального выгорания: теоретический аспект и представленность в медицинской профессиональной деятельности.....	45
1.5. Роль синдрома профессионального выгорания в системе профессий «Человек-Человек».....	55
Выводы по первой главе	63
Глава 2. Разработка программы эмпирического исследования когнитивного оценивания как предиктора эмоционального выгорания на разных уровнях высшего медицинского образования	65
2.1. Характеристика выборки исследования	65
2.2. Психологические методы исследования.....	66
2.2.1. Методика «Стили мышления» (А.К. Белоусова).....	66
2.2.2. Диагностика профессиональных способностей. Методика определения типа мышления и уровня креативности («Профиль мышления», В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец).....	67
2.2.3. Методика «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» (Е.В. Битюцкая).....	68
2.2.4. Методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко) ...	70
2.3. Методы статистической обработки данных.....	70
Выводы по второй главе	72
Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение	74

3.1. Сравнительный анализ стилей мышления у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей.....	74
3.2. Сравнительный анализ типов мышления и креативности у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей	79
3.3. Сравнительный анализ когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей.....	84
3.4. Исследование синдрома эмоционального выгорания.....	93
3.4.1. Сравнение синдрома эмоционального выгорания по средним значениям полученных баллов у студентов, ординаторов и врачей.....	93
3.4.2. Сравнение синдрома эмоционального выгорания по частотным характеристикам у студентов, ординаторов и врачей.....	98
3.4.3. Сравнение синдрома эмоционального выгорания по частоте встречаемости суммированных категорий, отражающих динамику роста СЭВ, у студентов, ординаторов и врачей.....	103
3.5. Обсуждение результатов корреляционного анализа.....	110
3.6. Обсуждение результатов факторного анализа.....	113
3.7. Предикторы синдрома эмоционального выгорания (результаты логистического регрессионного анализа)	124
Выводы по третьей главе	133
Заключение.....	141
Выводы.....	150
Список литературы	153
Приложения	178
Приложение А. Методики.....	178
Приложение Б. Таблицы.....	203

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Тема исследования связана с изучением эмоционального выгорания как одной из актуальных проблем психологии. Феномен «выгорание» представлен в большей степени в социальной психологии и психологии труда. Эмоциональное выгорание, возникающее у медицинских работников в рамках их профессиональной деятельности, влечет за собой негативные последствия не только для самих врачей, но также для психического и психологического благополучия пациентов, коллег, ординаторов и медицинской организации. В то же время симптомы эмоционального выгорания, вероятно, могут возникать уже на этапах обучения по программам специалитета, в связи с чем данный феномен и факторы, влияющие на него, значимы для изучения в области педагогической психологии. В связи с этим формирование превентивных умений и навыков, необходимых для оптимизации медицинской деятельности в сложных условиях взаимодействия с медицинским персоналом, пациентами и родственниками больных приобретает у начинающих врачей существенное значение. Эмоциональное выгорание как психическое состояние характеризуется ощущением эмоционального напряжения, переутомления и имеет причины и мотивы, процесс и условия формирования.

Таким образом, актуальность исследования определяется реализацией системно-субъектного подхода к изучению эмоционального выгорания на основе методологии, в рамках которой разрабатывается проблема регулятивной функции субъекта. Совладание с трудными жизненными ситуациями предполагает функционирование субъективного образа ситуации в индивидуальном сознании, что происходит посредством когнитивного оценивания. В этой парадигме трудная ситуация рассматривается как результат субъективной оценки стимула индивидом и связывается с когнитивной активностью субъекта, определяя его представление о собственных ресурсах и способах совладания.

Теоретическая значимость работы обусловлена фундаментальными проблемами психологии личности, психологии жизненного пути и психологии человека в динамично изменяющихся условиях, профессионализации и деформации личности. Реализация данного методологического подхода позволяет рассматривать выгорание на *теоретическом уровне* в качестве последствия использования непродуктивной стратегии совладающего поведения. Поэтому, по-прежнему, остается актуальной необходимость дальнейшего изучения механизмов возникновения симптомов эмоционального выгорания и их эволюции в условиях медицинской деятельности.

Необходимость психолого-педагогического исследования данного феномена обусловлена значимость выявления специфичных для студентов-медиков, ординаторов и врачей особенностей структуры эмоционального выгорания, стилей, типов мышления и креативности, а также факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций, что связано с различным уровнем подготовки специалистов, а также спецификой профессиональной ответственности и опыта медицинской деятельности.

Решение поставленной задачи позволяет установить связи между факторами когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций, симптомами эмоционального выгорания, ресурсностью мышления, уровнем креативности, а также определить предиктивную значимость изучаемых показателей в целях предупреждения развития эмоционального выгорания, что создает возможности для оптимального управления образовательной деятельностью на всех этапах медицинского профессионального образования.

Степень научной разработанности темы. В настоящее время ресурсы субъекта деятельности как инструменты противодействия деструктивному влиянию профессиональных стрессов исследуются достаточно интенсивно [47; 64; 70; 133-139]. В контексте системно-субъектного подхода Е.А. Сергиенко отмечается, что категория субъекта является центральной и системообразующей. Согласно Е.А. Сергиенко субъект, опираясь на свои индивидуальные ресурсы, формирует паттерны поведения, направленные на достижение цели [110; 111].

Методология когнитивного оценивания может быть положена в основу предикции эмоционального выгорания на разных уровнях профессионального образования. Когнитивное оценивание трудной ситуации описывается Е.В. Битюцкой и В.А. Петровским в качестве «антизащитного механизма». Человек должен оценивать ситуацию трудной, в противном случае ее преодоление будет затруднено [21]. Результатом исследований когнитивного оценивания являются установление значимости ситуации, соответствия происходящего мотивам и личностному смыслу, определение успешности реализации деятельности в отношении цели, оценка степени подконтрольности, понятности, прогнозируемости ситуации, ее влияния на будущую жизнь, соизмерение своих возможностей с условиями, степень трудности ситуации [15-20; 22-26].

Таким образом, исследование факторов когнитивного оценивания и их влияния на развитие синдрома эмоционального выгорания представляется важной теоретической задачей, решение которой позволит описать психологическое содержание когнитивного оценивания как предиктора эмоционального выгорания на разных уровнях высшего медицинского образования, разработать систему психолого-педагогических мероприятий и реализовать дифференцированный подход к диагностике и профилактике синдрома эмоционального выгорания. Теоретическая и практическая значимость, а также недостаточная разработанность вопроса поиска предикторов синдрома эмоционального выгорания обусловили необходимость проведения данного исследования.

Цель работы – исследовать когнитивное оценивание как предиктор симптомов эмоционального выгорания на разных уровнях высшего медицинского образования.

Объект исследования – симптомы эмоционального выгорания.

Предмет исследования – особенности когнитивных факторов, выполняющих функцию предикторов симптомов эмоционального выгорания у обучающихся по программам специалитета и ординатуры.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности стилей и типов мышления, а также креативности у обучающихся на этапах высшего медицинского образования (специалитет и ординатура) в сравнении с практикующими врачами.
2. Выявить структурные и функциональные характеристики когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций (ТЖС) у обучающихся на этапах высшего медицинского образования (специалитет и ординатура) в сравнении с практикующими врачами.
3. Установить особенности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) на этапах высшего медицинского образования (специалитет и ординатура).
4. Исследовать взаимосвязи СЭВ с характеристиками когнитивного оценивания ТЖС, стилями и типами мышления, а также уровнем креативности на этапах высшего медицинского образования (специалитет и ординатура).
5. Установить главные компоненты, определяющие взаимосвязь СЭВ и когнитивных факторов (мышления, КО ТЖС) в группах обучающихся по программам специалитета и ординатуры и практикующих врачей.
6. Определить значимость когнитивных факторов, включая стили и типы мышления, уровень креативности, а также факторы когнитивного оценивания ТЖС как предикторов СЭВ на разных уровнях высшего медицинского образования.

Общая гипотеза исследования: существуют составляющие когнитивной основы СЭВ, обеспечивающие возможность проведения профилактики его развития на разных уровнях высшего медицинского образования (специалитет и ординатура).

Общая гипотеза конкретизируется в ряде **частных гипотез:**

1. У обучающихся по программам высшего медицинского образования (специалитет и ординатура) и практикующих врачей имеются специфические особенности структуры СЭВ, стилей и типов мышления, креативности, а также факторов когнитивного оценивания ТЖС, что связано с различным уровнем

подготовки специалистов, а также со спецификой профессиональной ответственности и опытом медицинской деятельности.

2. Существуют взаимосвязи СЭВ с характеристиками когнитивного оценивания, стилями и типами мышления, а также уровнем креативности. Данные характеристики обусловлены этапом подготовки специалиста и позволят выявить предикторы СЭВ.

Методологическую основу исследования составили:

- научные положения, сформулированные А.В. Карповым, посвященные разработке методологических основ системного подхода в психологии и общепсихологического понимания структуры и механизмов развития сознания и деятельности, в том числе, и в условиях образовательного процесса в высшей школе [52];

- методология когнитивного оценивания, разработанная Е.В. Битюцкой и В.А. Петровским, положена в основу предикции эмоционального выгорания на разных уровнях медицинского образования [21];

- положения, составляющие методологическую основу исследования синдрома эмоционального выгорания (Х.Дж. Фрейденбергер, К. Маслач, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, В.А. Бодров, В.Е. Орёл, А.В. Карпов, Б.А. Ясько) [168; 191-195; 27; 30; 37; 38; 86; 52; 136];

- теория исследований стилей мышления как индивидуально своеобразных особенностей мыслительной деятельности (А.К. Белоусова) [7-12] и методология системного исследования типов мышления и уровня креативности (В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец) [41];

- принцип проблемности содержания профессионально ориентированного обучения и процесса его развертывания в диалогическом общении (В.И. Андреев, И.А. Баева, Д.В. Вилькеев, С.Д. Дерябо, И.В. Дубровина, М.М. Кашапов, Н.Ф. Талызина, И.С. Якиманская, В.А. Якунин, В.А. Ясвин) [53:54].

Теоретическую основу исследования составили отечественные и зарубежные теории и концепции, обеспечивающие наиболее полное и целостное описание объекта и предмета исследования:

- системно-субъектный подхода, представленный в работах К.А. Абульхановой, А.В. Брушлинского, В.В. Знакова, С.Л. Рубинштейна, З.И. Рябикиной, Е.А. Сергиенко [34; 51; 97; 110; 111];

- теории и основные положения когнитивного оценивания, разработанные Л.И. Анцыферовой, Т.Ю. Базаровым, Е.В. Битюцкой, Р. Лазарусом, А.Н. Леонтьевым, Б.Ф. Ломовым, В.А. Петровским, А.А. Реаном, Г. Селье, С.К. Фолкман [2; 15; 18; 69; 21; 25; 94; 95; 211; 162-166];

- принцип моделирования в обучении с целью формирования целостного представления о будущей профессиональной деятельности (Ю.С. Арутюков, А.В. Никонов, А.А. Вербицкий, С.Д. Дерябо, И.В. Дубровина, М.М. Кашапов, Н.В. Кузьмина, В.А. Сластенин, Н.Ф. Талызина, И.С. Якиманская, В.А. Якунин) [59; 60];

- теоретические основы исследования проблемы развития СЭВ у представителей различных профессиональных групп (К. Маслач, В. Махер, Х.Дж. Фрейденбергер, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, А.В. Карпов, М.М. Кашапов, Т.Б. Коклубовская, И.М. Лаврененко, И.С. Мещанкина, В.Е. Орёл, Ю.М. Перевозкина, Т.И. Рогинская, И.В. Серафимович, Ю.С. Филатова, Б.А. Ясько) [191-195; 168; 29-30; 37; 52; 55-58; 60; 65; 68; 85-87; 96; 125-126; 137-139];

- концепции профессионального мышления (А.К. Белоусова, В.М. Бызова, Н.Ю. Галой, М.В. Григорьева, Е.В. Конева, В.А. Ганзен, Д. Дьюи, А.В. Карпов, А.И. Кибальченко, С.Н. Костромина, В.А. Мазиллов, К.Б. Малышев, С.Н. Махновец, С.А. Минюрова, Н.Г. Молодцова, В.И. Слободчиков, Г.В. Сорокоумова, В.А. Толочек, В.Д. Шадриков) [7-12; 144-145; 41; 48; 52; 76];

- концепции и модели клинического мышления (В.П. Андронов, А.К. Белоусова, Н.И. Коршунов, Д.С. Рубцова, Л.А. Лебедева, Э.Ю. Лесите, Е.Б. Одерышева, Ю.С. Филатова, Б.А. Ясько) [11; 12; 125; 126; 134];

- идеи, разработанные в русле ресурсного подхода (Л.И. Анцыферова, Т.Ю. Базаров, В.А. Бодров, Н.Е. Водопьянова, А.Н. Воронин, Н.Б. Горюнова, Л.А. Головей, Л.Я. Дорфман, К.В. Карпинский, Т.В. Корнилова, Л.И. Ларионова, Д.А. Леонтьев, Л.М. Митина, В.И. Моросанова, Г.В. Ожиганова, В.П. Позняков, Ю.В.

Синягин, В.А. Толочек, С.А. Хазова, М.А. Холодная Б.А. Ясько, М.К. Baker, А.В. Bakker, S.E. Hobfoll, C. Huang, R. Lazarus, J. Loevinger, S.R. Maddi, T.W. Schultz, L. Wasson, J. Raimo) [2; 15; 27-27; 37; 64; 47; 66; 70; 72; 99; 133; 135; 138; 139; 185-188; 230; 203].

Методы исследования:

При выполнении диссертационного исследования использовались следующие методы: теоретический анализ научной литературы по теме, тестирование и методы математической статистики.

В исследовании применялись следующие диагностические методики: 1) Методика «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» (Е.В. Битюцкая); 2) Методика «Стили мышления» (А.К. Белоусова); 3) «Методика определения типа мышления и уровня креативности» (В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец); 4) Личностный опросник для диагностики «Синдрома эмоционального выгорания», который возникает у человека в процессе различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием неблагоприятных стресс-факторов (В.В. Бойко).

Процедура обработки эмпирических данных проводилась с использованием следующих критериев: критерий Колмогорова-Смирновас поправкой Лиллифортаи Шапиро-Уилка, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента, критерий χ^2 Пирсона, а также факторный анализ (ANOVA) на основании критерия Кайзера-Мейера-Олкина и множественный логистический регрессионный анализ. Обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистических систем STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США). Различия принимали статистически значимыми при значении $p \leq 0,05$.

Выборка исследования: исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Ярославль). В исследовании приняли участие обучающиеся по программам специалитета 3-го курса ($n=30$) и ординатуры ($n=300$) ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, в качестве

основных групп исследования, а также врачи (n=50), в качестве контрольной группы, практикующие в различных медицинских организациях Ярославской области.

Исследование проводилось в несколько **этапов**:

1. *Организационно-подготовительный.* Определение теоретико-методологических основ исследования; подбор, анализ и обобщение научно-методической литературы с целью выявления степени разработанности вопроса; определение научного аппарата исследования. Проведение констатирующего исследования по оценке синдрома эмоционального выгорания у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей.
2. *Преобразующий.* Эмпирическое исследование по когнитивному оцениванию, стилю и типам мышления, а также креативности, как предикторам СЭВу обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей.
3. *Итогово-обобщающий.* Проведение количественного и качественного анализа полученных данных, проверка гипотез исследования, формулирование выводов, оформление диссертации.

Положения, выносимые на защиту:

1. Выявленные общие и специфические особенности стилей и типов мышления, когнитивного оценивания и креативности на разных этапах высшего медицинского образования обеспечивают понимание генезиса симптомов эмоционального выгорания у субъектов образовательного процесса. Обосновано рассмотрение когнитивного оценивания в качестве предиктора и средства профилактики симптомов эмоционального выгорания, поскольку установлены когнитивные предикторы ранней диагностики фазы «напряжения» синдрома эмоционального выгорания.
2. Феномен эмоционального выгорания наблюдается уже на этапе обучения по программам специалитета в виде появления отдельных симптомов и прогрессирует в дальнейшем вплоть до этапа профессиональной деятельности. Количество сложившихся симптомов эмоционального выгорания увеличивается

от этапа специалитета (переживание психотравмирующих обстоятельств, тревога и депрессия), через этап ординатуры (неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», редукция профессиональных обязанностей, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения), до практической деятельности (неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения). Понимание структуры (симптомы, фазы, стадии) и динамики эмоционального выгорания позволяет повысить эффективность высшего профессионального образования в медицинском вузе.

3. Практический стиль мышления характерен для студентов, ординаторов и практикующих врачей и доминирует на всех этапах медицинского профессионального образования. Данный факт подтверждает значимость ресурсности мышления в эмоциональном выгорании ввиду того, что студенты, ординаторы и врачи в контексте кристаллизации ментального опыта нацелены на составление плана профессионального действия, подбор средств его реализации и оценку полученных результатов, способствующих преодолению трудных жизненных ситуаций в профессии.

4. Особенностью когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций у обучающихся по программам специалитета является актуализация фактора «Сильные эмоции», характеризующего эмоциональное состояние и триггерные реакции на условия ситуации (сильные отрицательные эмоции, состояние напряжения), что отличает их от обучающихся по программам ординатуры и практикующих врачей и связано с отсутствием профессионального опыта.

5. В динамике профессионального медицинского образования наблюдается синергетический эффект, выражающийся в усилении взаимосвязей симптомов эмоционального выгорания, факторов когнитивного оценивания и ресурсности

мышления, достигающий наибольшей выраженности в группе практикующих врачей. Выявлена взаимосвязь симптома «Переживание психотравмирующих обстоятельств» с фактором «Сильные эмоции», симптома «Личностная отстраненность» с фактором «Сильные эмоции». Симптом «Эмоциональная отстраненность» коррелирует с креативностью. Симптом «расширение сферы экономики эмоций» взаимно соотносится со знаковым типом мышления. Синергетический эффект как результирующий эффект проявляется в возрастании эффективности симптомов эмоционального выгорания в процессе их взаимоотношения и взаимодействия, интеграции, слияния разрозненных процессов в слаженную и устойчивую систему.

б. Главными компонентами взаимодействия факторов когнитивного оценивания, ресурсности мышления, симптомов эмоционального выгорания являются инициативный стиль мышления у студентов, неадекватное эмоциональное избирательное реагирование и редукция профессиональных обязанностей у ординаторов, символический тип мышления у врачей. Мишенями профилактики эмоционального выгорания у студентов является повышение инициативности, у ординаторов и врачей – увеличение символизма путем совершенствования системы поддержки принятия клинических решений. Возрастание значимости факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций от студентов к врачам свидетельствует об их триггерной функции в отношении эмоционального выгорания.

Надежность, достоверность и обоснованность выводов и результатов исследования обеспечивалась: всесторонним критическим анализом данных, имеющихся в отечественных и зарубежных источниках по проблеме когнитивного оценивания ТЖС, мышления и эмоционального выгорания личности; адекватностью научного аппарата целям и задачам работы (соотнесением теоретических положений о мышлении, когнитивном оценивании ТЖС и СЭВ с позиций системно-субъектного подхода с результатами эмпирического исследования); применением комплекса апробированных методик, адекватных психологической сущности изучаемого феномена;

значительным объемом, продолжительностью и планомерностью эмпирических исследований, репрезентативностью выборок; использованием обширного современного математико-статистического аппарата обработки данных в соответствии с целью и задачами исследования; методологической обоснованностью выводов исследования.

Научная новизна исследования

Впервые выявлена динамика структуры СЭВ, факторов когнитивного оценивания ТЖС, типов и стилей мышления, свидетельствующая о постепенном прогрессировании эмоционального выгорания от этапов получения высшего медицинского образования, начиная со специалитета, переходя к ординатуре, и заканчивая врачебной деятельностью, с наименьшей выраженностью симптомов СЭВ на этапе специалитета.

В развитии эмоционального выгорания определена ведущая роль мышления, которое выполняет функцию ресурсности, что позволяет использовать его в качестве дидактической мишени для профилактики СЭВ. Кроме того, впервые показана триггерная роль факторов когнитивного оценивания ТЖС в развитии СЭВ.

Создана модель, позволяющая описывать синергетическое взаимодействие факторов когнитивного оценивания ТЖС, мышления и симптомов эмоционального выгорания у обучающихся по программам высшего медицинского образования (специалитета и ординатуры), основанная на системно-субъектном подходе.

Впервые обоснован и реализован системный подход к эмпирическому исследованию СЭВ с учетом факторов когнитивного оценивания ТЖС на разных уровнях высшего медицинского образования.

Осуществлен поиск и получены новые данные об универсальной роли ситуационных и когнитивных факторов, а также предикторов СЭВ у обучающихся по программам высшего медицинского образования (специалитет и ординатура), равно как и о предикторах факторов когнитивного оценивания в условиях уже формирующегося выгорания.

Реализация разработанного дифференцированного подхода в зависимости от этапа высшего медицинского образования позволяет определить способы профилактики развития и прогрессирования эмоционального выгорания у обучающихся на разных этапах высшего медицинского образования.

Теоретическая значимость исследования заключается в обосновании необходимости диагностики СЭВ у будущих врачей на всех этапах высшего медицинского образования (специалитет и ординатура) во избежание последствий усиления непродуктивной стратегии совладающего поведения, тесно связанной с триггерной функцией факторов когнитивного оценивания ТЖС и снижением ресурсной мобилизации мышления.

Проведенный анализ эмоционального выгорания, мышления и креативности развивает положения субъектно-системного подхода во взаимосвязи с факторами когнитивного оценивания ТЖС. В работе раскрываются специфические особенности процесса категоризации ТЖС в зависимости от особенностей мышления и семиотики эмоционального выгорания, анализируется роль субъективных оценок трудных ситуаций в выборе обучающимися по программам высшего медицинского образования (специалитет и ординатура) непродуктивных копинг-стратегий, способствующих прогрессированию СЭВ.

На основе полученных эмпирических данных выделен комплекс факторов когнитивного оценивания, который включает в себя общие признаки трудных жизненных ситуаций, неподконтрольность ситуации, непонятность ситуации, трудности прогнозирования ситуации, оказывающих влияние на развитие деструктивных симптомов СЭВ. Также определен ряд симптомов СЭВ усугубляющих некоторые факторы когнитивного оценивания, что может использоваться с прогностической целью.

В репрезентативной выборке продемонстрирована абсолютная необходимость психолого-педагогического исследования ситуационных факторов. Полученные эмпирические данные расширяют научные представления о психологическом содержании эмоционального выгорания.

Практическая значимость исследования

Полученные результаты позволяют выявить специфику когнитивного оценивания и особенности мышления и креативности на разных этапах высшего медицинского образования. Описанные в работе закономерности восприятия и интерпретации жизненных ситуаций в профессиональной медицинской сфере, совладания с ними могут быть использованы в практике психологического консультирования для профилактики СЭВ.

На основе результатов исследования разработана и реализована дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Профилактика синдрома эмоционального выгорания у обучающихся по программам высшего медицинского образования».

Результаты исследования могут быть использованы в социальной психологии личности, психологии труда и педагогической психологии, при подготовке педагогических кадров, создании и реализации программ стресс-менеджмента, направленных на повышение стрессоустойчивости обучающихся по программам высшего медицинского образования (специалитета и ординатуры) в процессе совладания со сложными профессиональными ситуациями, а также для создания программ группового и индивидуального психолого-педагогического сопровождения личности как субъекта образовательной деятельности.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Область диссертационного исследования Л.А. Савельевой включает в себя выявление предикторов синдрома эмоционального выгорания на разных уровнях высшего медицинского образования и соответствует п.1 - психология обучающегося на разных ступенях образования (дошкольного, школьного, вузовского), его личностное и психологическое развитие; п.2 - психология образовательной среды; п.3 - психология учебной деятельности, учения; п.4 - психологические особенности обучающихся как субъектов учебной деятельности и п.11 - психологические особенности различных типов обучения паспорта специальности 19.00.07 - «Педагогическая психология».

Апробация результатов исследования

Результаты исследования представлялись и обсуждались на: Межрегиональной конференции "Психологические ресурсы образования: разнообразие, возможности, выбор", Ярославль (2017 г.); 73 студенческой научной конференции ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, Ярославль (2018 г.); XXV Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых "Ломоносов", МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва (2018 г.); Конгрессе "Психология XXI столетия" (Новиковские чтения) посвященный 70-летию профессора Петренко В.Ф., Ярославль (2018 г.); Всероссийской научной конференции, посвященной 85-летию со дня рождения А.В. Брушлинского и О.К. Тихомирова "Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности", Москва (2018 г.); XVI European Congress of Psychology, Moscow (2019); Всероссийской научно-практической конференции "Психология способностей и одаренности", Ярославль (2019 г.); Всероссийской научной конференции ЯрГУ «Ярославская психологическая школа: история, современность, перспективы», Ярославль (2020 г.); Конференции «Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен», посвященной 65-летнему юбилею В.Н. Дружинина, Москва (2020 г.); XXVIII Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов – 2021». Секция «Психология труда и инженерная психология», Москва (2021 г.).

Результаты проведенного исследования внедрены в учебный процесс кафедры педагогики и педагогической психологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова» и включены в дисциплины «Формирование творческого профессионального мышления», «Активные методы обучения», «Акмеология», «Психологическое консультирование и гештальттерапия в образовании».

По проблематике исследования реализован грант РФФИ для поддержки научно-исследовательской работы аспирантов и молодых ученых ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова», Проект № 20-313-90049 «Когнитивное оценивание как предиктор эмоционального

выгорания на разных уровнях профессионального образования» (2020 – 2022 гг.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 24 научных работы, в том числе 6 в изданиях, рекомендованных ВАК Российской Федерации, из которых 2 включены в международные базы научных исследований Scopus.

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления диссертационного исследования. Планирование работы, разработка дизайна, поиск и анализ отечественных, зарубежных научных источников литературы по теме исследования, выбор методик исследования, набор материала для эмпирического исследования (сбор демографических данных участников, сбор и обработка анкет), разработка и заполнение цифровых баз данных, статистическая обработка, анализ и обобщение полученных результатов, формулировка выводов, написание статей и текста диссертации выполнены лично автором. Личный вклад автора является определяющим и заключается в его непосредственном участии во всех этапах проведения исследования и анализе его результатов.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 235 страницах, текст иллюстрирован 61 таблицей и 14 рисунками. Включает в себя введение, три главы, заключение, список литературы и приложение (232 источника, в том числе – 92 на иностранном языке).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ОЦЕНИВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОРА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1.1. Теоретические подходы к изучению мышления в качестве когнитивного ресурса профессиональной деятельности

Основположники психологических школ и направлений, такие как С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, П.Я. Гальперина, А.Н. Леонтьев, А.В. Брушлинский, О.К. Тихомиров и др., обращались к исследованию психологии мышления. Все открытия касались общепсихологических закономерностей мыслительной деятельности, присущей всем людям [34; 39; 40; 71; 79; 97; 121; 123; 124].

Л.С. Выготский в своих трудах подчеркивал, что в процессе мышления человек организует свое внутреннее поведение в зависимости от поведения других людей [39].

В работах А.Р. Лурия доказано, что мышление обеспечивает функционирование различных участков коры головного мозга в их взаимодействии. В основе этого процесса лежат сложные динамические системы межанализаторных связей, образующихся в процессе индивидуального развития и изменяющихся при изменении условий жизни [74].

Согласно теории планомерно-поэтапного формирования умственных действий и понятий П.Я. Гальперина, получение знаний происходит на этапе уяснения их содержания [40].

А.В. Брушлинский и О.К. Тихомиров предполагают, что человек может себя заставить решать определенную задачу или проблему (т.е. осуществлять мышление как деятельность), но сможет он ее решить или нет в ходе мышления как процесса, это зависит только от личностных усилий и стремлений [34].

С.Л. Рубинштейн утверждает, что мыслительный процесс направлен на разрешение определённой задачи, которая включает в себе цель для мыслительной деятельности индивида, соотнесённую с условиями, которыми она задана. Мыслительный акт субъекта исходит из тех или иных мотивов и направлен на решение определённой задачи. Начальным моментом мыслительного процесса обычно является проблемная ситуация. Мыслить человек начинает, когда у него появляется потребность что-то понять. Поэтому автор полагает, что мышление начинается с проблемы или вопроса, с удивления или недоумения, с противоречия. Этой проблемной ситуацией определяется вовлечение личности в мыслительный процесс; он всегда направлен на разрешение какой-то задачи [97].

А.М. Матюшкин обращает внимание на особенности условий, вызывающих интеллектуальные затруднения, которые заключаются в том, что человек не может выполнить известными ему способами поставленного перед ним задания. Для его выполнения, он должен найти новый способ решения задания. Такие ситуации, вызывающие необходимость процессов мышления, называются в психологии проблемными ситуациями, а соответствующие задания – проблемными заданиями [79].

Несколько иной подход к пониманию мышления предложен А.К. Белоусовой. Мышление - это самоуправляющаяся и самоорганизующаяся система, которая осуществляет свои функции посредством механизмов самоорганизации мышления в процессах решения задач, связанные с производством различных новообразований [8].

Д. Дьюи был убежден в том, что процесс мышления развивается в сторону все большей успешности. Поэтому человек может наилучшим образом приспособиться к самым сложным ситуациям и даже изменить среду [48].

Таким образом, понятие «мышление» широко используется в современной психологии, и оно анализируется в контексте таких категорий, как «проблемная ситуация» и «мыслительная деятельность».

При изучении стилей и типов мышления, например, такие ученые как Дж. Брунер, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.А. Реан, М.А. Холодная, А.К. Белоусова, В.И. Пищик и др. акцентируют внимание на уникальности каждого конкретного человека [7-12; 33; 71; 72; 94; 97; 129; 144-145].

О.А. Бокова вполне правомерно утверждает, что в современном обществе одной из приоритетных задач выступает развитие интеллектуальных личностных качеств специалистов в различных профессиональных сферах. Успешность профессиональной деятельности определяет сформированность типа и стиля мышления [31].

Теоретический анализ российских источников показывает, что на современном этапе развития когнитивной психологии существует несколько направлений определения стилей мышления.

Так, Е.А. Суроедова, Н.Н. Мозговая и Е.А. Азарова предполагают рассматривать индивидуальные различия мыслительной деятельности, присущие конкретному человеку. По их мнению, стиль мышления – это неизменная субъектно-специфическая система способов реализации человеком разных типов активности. Своего рода интегральная характеристика формально-динамической сферы индивидуальности, обнаруживающаяся в предпочтении субъектом определенной формы взаимодействия с предметным миром и социумом [119].

А.К. Белоусова придерживается другой точки зрения. Под стилем мышления понимается динамичное и гибкое образование у человека меняющееся в зависимости от ситуации, типа решаемых задач и возраста. Поэтому человеку свойственен профиль стилей [11].

В связи с этим представляет интерес теория стилей мышления Р.Дж. Стернберга. Автор определяет стиль мышления как предпочитаемый способ использования имеющихся способностей [116]. В основе указанной теории лежит представление о сходстве организации общества и отдельного человека, другими словами - теория ментального самоуправления. Ее суть заключается в следующем: человек должен уметь распределять ресурсы, принимать решения и

отвечать за свои действия, определять для себя законы и оценивать их исполнение [116].

Таким образом, Р.Дж. Стернберг выделил критерии, характеризующие стиль мышления. Отсылая нас к проблемам самоорганизации мышления во взаимодействии человека с миром возникают вопросы о детерминации самоорганизации и о роли других людей в жизни человека [116].

Для проведения нашего исследования мы выбрали опросник А.К. Белоусовой, с помощью которого оценили степень соответствия утверждений опросника представлению о себе респондентов [7]. Таким образом, мы диагностировали доминирующий стиль мышления (инициативный, критический, управленческий, практический) у студентов, ординаторов и врачей.

А.К. Белоусова выделяет ряд функций, которые доминируют в структуре индивидуального эмоционально-установочного комплекса человека. Тем самым объединяя их в 4 емкие стиля мышления [10].

Инициативный стиль мышления направлен на поиск противоречий, обнаружение проблем и проявляется в способности выдвигать различные предположения и гипотезы. Характерными чертами данного стиля являются попытки инициировать мышление, стремление «во всем дойти до сути», разобраться в проблеме, предварительно ее обнаружив и осознав.

Критический стиль мышления связан с доминированием функции отбора и оценки информации. Для людей с таким мышлением важным показателем является стремление оценивать знания, гипотезы, цели.

Управленческим стилем обладают люди, которые стремятся координировать деятельность участников, организуя ее, осуществляя руководящие воздействия, т.е. организация и управление деятельностью. Данный стиль характеризуется преобладанием функции смыслопередачи необходимой для объединения людей вокруг определенного дела, имеющие общую цель, т.е. любое общее предметное основание деятельности, вокруг которого развивается деятельность. Для людей, выполняющих эти функции,

характерна координация индивидуального вклада и деятельности участников, которая сводится к управлению процессом.

В практическом стиле мышления преобладает функция реализации. Людям с выраженной функцией реализации важно попробовать решить задачу на практике, т.е. эмпирическим путем. Для данного стиля существенными являются достижение, реализация и воплощение идей на практике. Функция реализации и соответствующий ей практический стиль не являются «последними» по значимости в структуре функций мышления, они подчеркивают соответствующую направленность стиля. Предполагаются реальные преобразования на практике, в ходе которых естественным образом возникают и развиваются новые предположения, гипотезы, однако их порождение связано с практическим воплощением каких-то идей. Таким образом мысль воплощается в действии, а практический стиль мышления является мыследеятельностью, ставшей доминирующей. [9].

Перечисленные стили мышления, предложенные А.К. Белоусовой, подчеркивают выделение одной определенной функции, что свидетельствует о развитии новообразований при любом стиле мышления, а также различия в мышлении, а именно в динамике и направленности выработки новообразований [9].

Исследования А.К. Белоусовой и Д.С. Рубцовой показали, что по мере развития личности в профессии усиливаются мыслительные способности человека видеть слабые места, ошибки, разного рода недочеты, а также растет стремление обсуждать проблемные ситуации других людей, появляется потребность прислушиваться к мнению окружающих, стремление работать в команде [12].

По результатам проведенного нами исследования во всех трех группах выборки достоверно доминировал практический стиль мышления, что соответствует результатам эмпирического исследования А.К. Белоусовой и Д.С. Рубцовой, которые делают выводы относительно особенностей стиля мышления медицинских работников [11]. В связи с этим, нами дополнительно рассмотрены

работы по практическому мышлению. Например, в работах С.Л. Рубинштейна практическое мышление рассматривается как исходная форма мышления теоретического [97].

В работе Б.М. Теплова "Ум полководца" убедительно доказывается, что практическое мышление не сводимо к наглядно-действенному мышлению. По его мнению, практическое мышление - "работа ума в условиях практической деятельности" [120, с.256] - отличается от теоретического мышления качественным своеобразием, возникающим из его непосредственной связи с практикой.

Опираясь на теорию практического мышления, которая традиционно изучает его функционирование непосредственно в профессиональной деятельности А.В. Карпов и Ю.К. Корнилов считают, что учебная деятельность студентов в вузе по определению предназначена для подготовки познавательной сферы будущего специалиста к выполнению профессиональных функций [118]. Подчеркивается, что в процессе обучения в вузе формируется особое пространство, в котором сочетаются некоторые элементы учебной и профессиональной деятельности. Авторы утверждают, что образованию такого пространства способствует ряд обстоятельств. Во-первых, студенты проходят производственную практику и некоторые из них сочетают учебу с работой по специальности, включая накапливаемый профессиональный опыт и выполняемую ими учебную деятельность. Во-вторых, преподаватели являются одновременно и специалистами-практиками и активно используют в ходе работы со студентами свой профессиональный опыт. Есть и другая сторона функционирования данного пространства. Так, например, студенты, которые работают по специальности, а также выпускники вуза используют в практической деятельности элементы академических знаний [118].

Одним из доказательств и одновременно показателей формирования практического профессионального мышления в ходе вузовского обучения А.В. Карпов и Ю.К. Корнилов предлагают считать наличие у студентов некоторых особенностей мышления, характерных для профессионала. К ним относятся

особенности восприятия проблемных ситуаций профессиональной деятельности. То обстоятельство, что восприятие проблемных ситуаций различается у студентов разных курсов, с точки зрения А.В. Карпова и Ю.К. Корнилова, убедительно свидетельствует о том, что в процессе вузовского обучения разворачивается некоторый этап развития практического мышления будущего профессионала. То есть одна из сторон рассматриваемого вопроса связи практического мышления и учебной деятельности - формирование у студентов когнитивных предпосылок для решения проблемных ситуаций профессиональной деятельности. В качестве одной из этих предпосылок можно рассматривать формирование некоторых когнитивных образований, которые становятся единицами мышления при решении проблемных ситуаций практической деятельности. Эти когнитивные образования по механизму своего формирования представляют собой обобщения каких-либо элементов проблемных ситуаций [118].

В нашем исследовании принимали участие студенты-медики третьего курса, в связи с этим мы обратились к работе Б.А. Ясько, в которой даны дополнительные интерпретации содержательных характеристик нормативных кризисов оптации и кризиса «третьего курса»: снижение актуальной самооценки, стремление сохранить душевное равновесие эго-защитой по типу реактивных образований в виде завышенного оценивания переживания счастья в прошлом, подростково-детском периоде жизни – в переживании кризиса оптации; оценивание текущего периода жизни как мало успешного, с компенсацией кризисных переживаний завышенной оценкой самореализации в предыдущих жизненных периодах – в переживании кризиса «третьего курса» [140]. Б.А. Ясько утверждает, что у студентов третьего курса обнаружены слабо сформированные компетентные способности, но в будущем они надеются удовлетворить притязания, отраженные в максимально высоких показателях по всем компонентам самооценки «Я в будущем» [140].

Профессиональное мышление рассматривается М.М. Кашаповым в качестве процесса поиска, обнаружения и разрешения проблем, выявления

скрытых свойств действительности. Практическим мышлением специалиста, является анализ конкретных ситуаций с использованием теоретических закономерностей и принятия на основе этого анализа профессионального решения. За единицу мышления автор принимает проблемность как неотъемлемую черту познания, выражающую субъективное состояние познающего, которая должна стать стилем профессионального мышления. Проблемность порождает процессы мышления и рефлексии, направленные на «снятие» профессионально-значимых противоречий [61].

По мнению А.К. Белоусовой субъект с практическим стилем мышления стремится осуществлять задачи и цели, составлять планы действий, реализовывать и воплощать в действие идеи, подбирать средства его реализации, оценивать результаты. Практический стиль мышления свойственен тем субъектам, которые доводят дело до конца, в большей степени ориентированы на процесс работы, чем на результат, обладают гибкостью в принятии решений, быстро ориентируются и адаптируются в экстремальной ситуации [10].

А.К. Белоусова предполагает, что субъект с практическим стилем мышления обладает такими личностными чертами, как склонность к экспериментированию, любознательность по отношению к новым и старым идеям, самостоятельность, руководство своими решениями [10].

При этом необходимо подчеркнуть, что низкая чувствительность, суровость, рассудочность, реалистичность суждений, практичность, самоуверенность, взятие на себя ответственности, практические и логичные действия, неверие в иллюзии, полагание на внутренние установки, направленность на себя характерны для субъектов с доминирующим практическим стилем мышления. По мнению автора, такие субъекты практикоориентированы [9].

Проблема стиля мышления, а именно когнитивного стиля раскрыта в работах М.А. Холодной [129], а особенности стиля мышления - в трудах Е. Торренса [228] как проявления индивидуальных особенностей в мышлении.

Большое количество научных работ посвящено изучению параметров индивидуальных различий познавательной деятельности человека.

В контексте проблематики когнитивного стиля особый интерес представляют работы М.А. Холодной, в которых автор утверждает, что когнитивные стили в основном направлены на изучение индивидуальных особенностей развития мышления [129].

О.А. Бокова и Ю.А. Мельникова проанализировав работы по данной проблематике выявили, что изучалась связь между некоторыми параметрами когнитивных стилей с особенностями коммуникации и поведения в группе (П.Н. Иванов), тревожностью (М.А. Гулина, Е.Л. Коробова), уверенностью (Е.В. Головина, Е.Л. Коробова), нерешительностью и склонностью к риску (Т.В. Корнилова, В.В. Кочетков, И.Г. Скотникова), экстраверсией (Н.А. Буравлева, Г.В. Турков), эмоциональной устойчивостью (Е.Л. Коробова, И.П. Шкуратова), точностью распознавания эмоциональных состояний других людей (В.В. Безменов, В.В. Овсянникова), свойствами темперамента (С.Э. Парилис, Ю.А. Попов, В.М. Русалов), самооценкой (Е.Л. Коробова, И.П. Шкуратова), используемыми психологическими защитами и копинг-стратегиями (А.А. Алексапольский, Е.Л. Коробова) [31].

Пониманию когнитивной основы деятельности профессионала в существенной мере способствуют положения системно-субъектного подхода. Так, в проведенных Е.А. Сергиенко экспериментах убедительно доказано, что предпосылки субъекта появляются в младенчестве, а многие из них имеют генетические основания [110].

На основе анализа современных данных и собственных исследований Е.А. Сергиенко показана роль якорных и проксимальных составляющих в оценке субъективного возраста. Субъективный возраст приобретает первостепенное значение по сравнению с хронологическим возрастом как ключевая переменная изучения психологии человека [111; 142]. Следовательно, зрелость мышления субъекта и его когнитивный ресурс определяются, прежде всего, уровнем его субъективного возраста.

Когнитивный стиль – это способ обработки информации, и, следовательно, его проявление более четко прослеживается в действии, чем в рефлексии. М.А. Холодная, учитывая общие проблемы формирования стилевого подхода, отмечает появление и введение в психологическую науку термина «стиль», что позволило изложить сам факт существования разнообразных индивидуальных различий каждого человека, которые больше не считались случайными ошибками и неточностями в психологических исследованиях [129].

Как предполагает О.А. Бокова, современные исследования когнитивных стилей являются одной из наиболее перспективных областей психологии, также находящих свое применение и в процессе обучения [31].

Развитие интеллектуальных личностных качеств специалистов в различных профессиональных сферах, направленное на личностное и профессиональное развитие субъекта деятельности является одной из приоритетных задач современного общества. Таким образом, интеллектуальные качества принимают особую значимость для специалистов, поскольку сформированность мышления, типа и стиля мышления определяют успешность профессиональной деятельности.

С точки зрения Б.А. Ясько, клиническое мышление и рефлексия профессиональной субъектности интегрируются в понятие «профессиональное мышление врача». Автор предполагает, что процесс развития личности врача на всех этапах (уровнях) профессионального образования неперменной подструктурой имеет формирование профессиональной идентичности, Я-концепции, которая соотносится с рефлексивно оцениваемым актуальным Я-образом. Так, результатом развития этого компонента профессионального мышления является формирование в сознании профессионала динамичного «образа субъекта врачебного труда», в совокупности всех присущих ему ПВК, включение механизмов профессиональной адаптации и самоактуализации [134].

По мнению Ю.К. Стрелкова, у врача в период принятия профессионального решения происходит так называемый «горячий когнитивный процесс», протекающий на фоне интенсивных эмоциональных

переживаний пациента, его близких, при высоком социальном контроле, сопровождающем деятельность врача, повышенных физических и психоэмоциональных нагрузках [117].

М.М. Кашапов, Г.Л. Шаматанова, А.С. Кашапов и И.В. Отставнова считают, что развитие мышления специалиста начинается с момента определения будущей профессии и продолжается до прекращения профессиональной деятельности. Благодаря профессионализации мышления специалист приобретает способность совершенствования умений, переработке знаний «под себя», выстраивания индивидуального стиля с творческим подходом [62].

При изучении стилей мышления целесообразно изучить и типы мышления. В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец определяют тип мышления как индивидуальный способ преобразования и переработки информации. Это важнейшая личностная характеристика, определяющая стиль деятельности, склонности, интересы и профессиональную направленность индивида [41]. Независимо от типа мышления человек может характеризоваться определенным профилем мышления [76].

Авторы опросника «Профиль мышления» выделяют 4 типа мышления: предметное, символическое, знаковое, образное. У каждого типа мышления есть свои специфическими характеристиками [41].

Предметное мышление представляет собой мыслительный процесс, осуществляемый с помощью предметных действий и манипуляций с предметом в пространстве и времени. Результатом мыслительного процесса является мысль, воплощенная в новой конструкции. При этом мыслительные операции выполняются четко последовательно друг за другом. Практическое действие частично заменяет мыслительную операцию по предвидению и предварительному учету некоторых последствий, вытекающих из проблемы. Данным типом мышления обладают люди с практическим складом ума [41].

Символическое мышление – это мыслительный процесс, результатом которого является мысль, выраженная в виде структур, формул, программ,

фиксирующих существенные отношения между символами. Таким мышлением обладают люди с математическим складом ума [41].

При знаковом мышлении результатом является мысль в форме понятия или высказывания, фиксирующего существенные отношения между обозначаемыми предметами. Мыслительные операции производятся без опоры на реальный предмет. Такое мышление наблюдается у людей с гуманитарным складом ума [41].

Преобразование информации при образном мышлении осуществляется с помощью действий с образами, которые извлекаются из памяти или воссоздаются воображением, поэтому оно отделено от предмета в пространстве и времени. При решении мыслительных задач соответствующие образы мысленно преобразуются и в результате манипулирования ими человек может найти решение интересующей его задачи. Результатом мыслительного процесса является мысль, воплощенная в новом образе, а также мыслительные операции, которые осуществляются последовательно и одновременно. Этот тип мышления присущ людям с художественным складом ума [41].

Д. Брунер рассматривает мышление как перевод с одного языка на другой. Поэтому, при четырех базовых языках возникает 6 вариантов перевода в ситуации одновременной выраженности двух типов (высокий уровень) [33]:

Предметно - образный тип или практический склад – мыслительный процесс осуществляется непосредственно при восприятии окружающей действительности и при практическом преобразовании реальных предметов в режиме реального времени. Встречается у людей занятых производственным трудом, которые создают какой-либо материальный продукт [33].

Предметно - знаковый тип или гуманитарный склад характерен для людей, работающих в профессиональных сферах гуманитарной направленности (филология, журналистика и т.д.) [33].

В основе предметно - символического типа (операторный склад) лежит репродуктивное мышление, направленное на выполнение отдельных коротких операций по заданной схеме с использованием кратковременной и оперативной

памяти. Данный тип мышления встречается у людей, занимающихся счетной, учетной работой [33].

Для людей, деятельность которых связана с каким-либо видом творчества (например, литературой), открытием нового знания, с генерацией оригинальных идей характерен образно - знаковый тип (художественный склад) [33].

Образно - символический тип или технический склад связан с умением решать практические физико-технические задачи и характерен для людей, работающих по техническим специальностям [33].

В основе знаково - символического типа (теоретический склад) лежит абстрактно-теоретическое мышление, пользуясь которым человек раскрывает закономерности проблемы или явления в абстрактных понятиях. В процессе решения теоретических задач субъект прибегает лишь к теоретическим построениям, выполняемым в уме (непосредственно не имея дела с опытом, получаемым при помощи органов чувств), что характерно для научных теоретических исследований [33].

По мнению В.А. Ганзена и соавторов мышление представляет собой форму психического отражения человеком окружающей действительности, устанавливающую связи и отношения между познаваемыми объектами. Важнейшей личностной характеристикой человека является профиль мышления, который отображает доминирующие способы переработки информации, определяющей его стиль деятельности, склонности, интересы и профессиональную направленность, [4].

1.2. Креативность и творчество как когнитивный ресурс профессиональной деятельности врача

Профессиональная деятельность врача заключается в диагностике, лечении и профилактике заболеваний и осуществляется при значительной вариации исходных данных (симптомов, синдромов заболеваний) и в условиях дефицита времени (например, при экстренном оказании медицинской помощи).

От врача требуется высокий уровень профессиональных компетенций, при этом к решению профессиональных задач и клинических ситуаций врач может подходить творчески.

Так креативность врачей выражается в умении обнаружить, поставить и найти оригинальное решение медицинской проблемы, быстро ориентироваться в создавшейся экстремальной деонтологической ситуации, спрогнозировать эффективность лечебного результата с учётом его отсроченности.

В теории творческой деятельности человека, выдвинутой Тихомировым О.К. исследованы специфические механизмы управления поиском решения и формы отражения проблемной ситуации, разработано представление о двух стадиях в развитии высших психических функций [121].

В работах Е. Р. Torrance креативность понимается как чувствительность к пробелам знаний, а также как чуткость к дисгармонии и стремление к объединению разноплановой информации. Творческий акт, по мнению Е.Р. Torrance, разделяется на восприятие проблемы, поиск решения, формулировку и верификацию гипотез, их модификацию и нахождение результата. В концепции Е. Р. Torrance «теория интеллектуального порога» обосновывается положение о том, что интеллект и креативность образуют единый фактор. То есть чем выше коэффициент интеллекта, тем выше творческая способность [239].

По мнению Т.В. Корниловой пониманию креативности как отличающейся от интеллекта общей способности или личностной черты (индивидуального свойства) противостоит взгляд на креативность как на компонент или этап реализации творческого мышления [66].

М.М. Кашапов и О.Н. Солодчук проанализировали подходы к пониманию феномена креативности, чтобы выделить следующие теоретические положения: 1) креативность как особенность интеллекта (Д.Б. Богоявленская, 1981; Е.Е. Туник, 1997); 2) креативность как способность интеллекта (В.Н. Дружинин, 1999); 3) креативность как потребность личности в поисково-преобразовательной деятельности при условиях активного взаимодействия со

средой (Я.А. Пономарев, 1976); 4) креативность как свойство целостности личности (Г. Шоттенлоэр, 2000) [53].

У врачей творческие способности характеризуют готовность специалиста к принятию и порождению принципиально новых идей. Как пишет А.А. Деркач, врач действует в условиях проблемной нестандартной ситуации, заданной неповторимостью организма и личности пациента, поэтому творчество не является побочным продуктом врачебной деятельности, оно – сама ее сущность [46]. По мнению, М.М. Кашапова и О.Н. Солодчук творческое мышление перспективно рассматривать как ресурс конфликтной компетентности профессионала [53].

По мнению Ю.С. Филатовой и Н.Н. Коршунова учёт положений некоторых теорий, имеющих непосредственное отношение к пониманию содержания, природы коммуникативной деятельности, а также рассмотрение когнитивных схем (Б.М. Величковский, Ж. Ришар, Ю.К. Стрелков, У. Найссер) и когнитивных моделей (Т.А. Ребеко, Е.А. Сергиенко, А. Коллинз, Дж. Рихард), оказывает существенное влияние на интерпретацию конечных результатов исследования коммуникативной компетентности врачей, что показано в современных работах [125; 126].

В качестве критерия оценки решения проблемных ситуаций М.М. Кашапов предлагает метакогнитивное обоснование ситуативности/надситуативности мышления. Поэтому необходимо особое внимание обращать на акмеологические и психологические механизмы творческого мышления профессионала в контексте метакогнитивного подхода в целях повышения креативности врача [54].

1.3. Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций

Проблемы трудных жизненных ситуаций (ТЖС) в современной психологии принято изучать через призму понятия «стресс», акцентируя

внимание на исследовании факторов, которые обуславливают стратегии преодоления стресса. Их подразделяют на следующие группы:

- внутренние ресурсы субъекта,
- объективные параметры ситуации (уровень ее объективной трудности и стрессогенности, тип событий и другие ситуационные характеристики),
- когнитивное оценивание ситуации.

Однако, Е.В. Битюцкая считает, что понятие ТЖС не тождественно понятию «стрессор», поскольку отличается большей широтой по охвату психологических феноменов, включая субъективные и объективные параметры; негативное переживание и позитивное отношение к ситуации. Основными (общими) признаками ТЖС являются необходимость высоких затрат усилий и значимость ситуации для человека [16].

Р. Лазарус, первый ученый, обративший внимание на когнитивную природу стресса [69]. До него считалось, что объективные стрессоры вызывают предсказуемые реакции [185; 186]. Оценивание, по мнению Р. Лазаруса, предполагает установление соотношения между требованиями ситуации и возможностями ее преодоления, где результатом является оценка события как несущего: а) угрозу (Threat Appraisal), б) потерю (Loss Appraisal) или в) вызов (Challenge Appraisal) [187]. Лазарус считает, что когнитивные оценки влияют на форму проявления стресса, интенсивность и качество последующей реакции [188].

Другой популярной моделью когнитивных факторов стресс-преодолевающего поведения является концепция Дж. Эдвардса, который определяет стресс как негативное расхождение между состоянием в данный момент и желаемым при условии значимости этого расхождения для человека. Понятие «негативное расхождение» демонстрирует существование стресса тогда, когда актуальное состояние не соответствует желаемому состоянию человека. Расхождение воздействует на психическое и физическое самочувствие [158].

В.В. Бойко в своих работах опирается на теорию Г.Селье, который описывал стресс как неспецифическую защитную реакцию организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства [95; 211].

В зарубежной психологии имеются данные о том, что повседневные трудности являются важными предикторами психических и соматических расстройств, что опосредовано социальными и личностными ресурсами (Folkman, Lazarus, 1986; Kanner et al., 1981; Kessler, 2003, 2004) [165; 166; 180; 181; 182]. Стрессорами, инициирующими ежедневные трудности, могут являться как глобальные, так и повседневные проблемы: перегрузки на работе, в семье и т.п. (Gruen 1988; Folkman et al., 1988; Folkman et al., 1985; Folkman, 2001) [172; 164; 163; 162; 184].

В отечественной психологической науке также наблюдается интерес к проблематике когнитивного оценивания стресса. Например, В.А. Бодров [28] выделяет три фактора, которые обуславливают оценку события как стрессогенного. Это эмоции, связанные с данным событием. Неопределенность ситуации, которая связана с дефицитом информации для ее оценки или непредсказуемостью, а также значимость события, отражающая степень его опасности для человека (или окружающих) и важность для достижения конечного результата.

Рассмотрение стресса в связи с восприятием угрозы представлено в работе Ф.Б. Березина [14]. По его мнению, введение такого звена, как восприятие угрозы «обуславливает участие когнитивных процессов оценки стимула как угрожающего, возможность предвидения будущей угрозы (и, таким образом, возникновения стресса при транзакции субъекта не с реальной, а с гипотетической ситуацией) и зависимость ощущения угрозы в определенной ситуации от особенностей личности и предшествующего опыта» (Березин, 1988, с. 10) [14].

Отечественные авторы (Ф.Б. Березин, В.А. Бодров, Т.Л. Крюкова и др.), разрабатывающие проблему стресса и совладающего поведения дают

определение когнитивного оценивания, опираясь на теории Лазаруса и термин «угроза» [14; 27; 67; 69].

В отечественной психологии когнитивное оценивание ТЖС понимается как «субъективная представленность картины ситуации в индивидуальном сознании» [36, с. 11]. Данный процесс рассматривается Л.И. Анцыферовой как «распознавание особенностей ситуации, выявление негативных и позитивных её сторон, определение смысла и значения происходящего. ... Объектом когнитивного оценивания выступают также способности и возможности человека, его функционально-энергетические резервы» [2, с.7]. В свою очередь, А.А. Реан и соавторы субъективную оценку ситуации определяют, как «индивидуальное отражение объективной реальности в сознании человека, восприятие ситуации посредством обработки на когнитивном и эмоциональном уровнях» [94, с.131]. Такое понимание когнитивного оценивания ситуации шире, чем предложенный Лазарусом концепт за счет введения понятия «смысл», что резко расширяет границы анализируемого явления.

Е.В. Битюцкая выделяет работу Е.Р. Исаевой, в которой показано, что с ограниченностью внутренних копинг-ресурсов у больных шизофренией происходит затруднение формирования активных проблемно-решающих копинг-стратегий. В связи с этим когнитивные расстройства, характерные для больных шизофренией, затрудняют адекватное восприятие жизненных событий. Тем самым происходит нарушение оценки собственных возможностей, которые обуславливают дефицит копинг-стратегий и неумение конструктивно выражать свои эмоции [25].

В.В. Бойко под эмоциями понимает уникальное творение живой природы, наиболее универсально реализованное в человеке. Они устроены так, что оказались на линии слияния двух миров – материального и идеального, обеспечивая преобразование разных видов энергий, воздействующих на индивида, в психическую энергию и обратно. Тем самым, эмоции исполняют роль посредника в преобразовании материальных внешних и внутренних воздействий в психическую энергию [30].

Достаточно значимым для отечественной психологической науки явилось эмпирическое исследование, проведенное Е.В. Битюцкой в 2006-2007 гг. Совладающее поведение изучается Е.В. Битюцкой с помощью подхода, основанного на учете ситуационных факторов [23; 24]. Автором выделены две группы факторов: объективные (содержание ситуации и частота ее возникновения в жизни человека) и субъективные - восприятие и интерпретация ситуации субъектом. Для обозначения субъективных факторов Е.В. Битюцкой предложен термин «когнитивное оценивание ситуации», включающее оценки степени подконтрольности, прогнозируемое определенности ситуации, необходимости быстрого реагирования на условия и др.

Е.В. Битюцкой разработаны две методики. Одна из которых направлена на изучение когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций, а вторая предназначена для диагностики типов ориентаций в трудных ситуациях [20; 17; 19; 18]. Особенностью данных методик является то, что одним респондентом возможно получить оценки разных ситуаций, что позволяет проследить варьирование параметров когнитивного оценивания и совладающего поведения в зависимости от типа ситуации [17; 147].

Е.В. Битюцкая и Т.Ю. Базаров также подчеркивают перспективность темы жизненных изменений, которая образуется на пересечении двух направлений: психологии жизненного пути и психологии человека в изменяющихся условиях. При этом они используют понятие «стиль реагирования на изменения», обозначающее привычную, характерную для субъекта модель поведения, или «предпочтение определенных способов взаимодействия с ситуацией изменений, выражающееся в эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакциях» [15].

В ходе психологического анализа жизненных событий выделяется особый класс ситуаций, обозначаемых в разных литературных источниках как трудные, кризисные, критические, экстремальные, напряженные. Понятие «ситуация» в психологии используется для обозначения весьма широкого круга явлений: от жизненных событий до экспериментальной ситуации; от макросреды (например, общественная ситуация) до субъективного восприятия отдельных элементов

этой среды («субъективная ситуация»); от внешних для человека явлений до внутренних противоречий («ситуация неопределенности»). Каждое из этих понятий, для которых «ситуация» выступает родовой категорией, имеет значительную специфику и является самостоятельной единицей научного анализа [35; 36]. К. Левин ввёл в психологию принцип описания ситуации «с позиций индивида». Автор подчеркивал, что научная психология должна анализировать целостную ситуацию, т.е. состояние как человека, так и среды [71].

Проведенный анализ различных подходов к изучению ТЖС позволяет обосновать понимание когнитивного оценивания ситуации как процесса ее субъективного восприятия и интерпретации, а также возможность изучения данного феномена в рамках деятельностной теории [72; 122]. Базовые положения о «смысловом поле» и «образе мира» позволяют описать процессуальную сторону когнитивного оценивания ТЖС. Объективные условия ситуации (которая не обязательно является объективно трудной) в результате активной переработки превращаются в субъективную трудность, определяемую (интерпретируемую) самим субъектом. Разработанная в рамках деятельностного подхода смысловая теория мышления дает возможность проанализировать психологические механизмы когнитивного и эмоционального оценивания ситуации; обосновать влияние на формирование оценок таких параметров, как смысл, значимость, субъективная трудность, субъективная неопределенность.

В контексте психосемантического подхода, позволяющего изучить субъективное восприятие, интерпретацию ситуации и описать содержательную область понятия «трудная жизненная ситуация», определены критерии когнитивного оценивания ТЖС, которые являются признаками ситуации и соизмеримы с собственными ресурсами, необходимыми для преодоления трудностей.

Так, Е.В. Битюцкая разработала и апробировала методику когнитивного оценивания ТЖС в рамках психосемантического подхода предложенного Е.Ю. Артемьевой, В.Ф. Петренко, А.Г. Шмелевым. Применение данной методики

позволяет адекватно выявлять факторы трудности различных по содержанию ситуаций, изучать широкий круг связанных с ними явлений [22].

Когнитивное оценивание ТЖС является ситуационным опросником. При его использовании необходимо определение содержания ТЖС, которые анализируют испытуемые. Наиболее привлекательные возможности опросника КО ТЖС авторы связывают с выявлением специфики оценок разных типов ситуаций, а также с построением сложных структурных моделей, охватывающих восприятие ТЖС и совладание с ними [20].

Изучение современного состояния проблемы совладающего поведения позволяет говорить о необходимости учета ситуационных и когнитивных факторов при проведении эмпирических исследований. В основном, большое количество исследований фокусируются на изучении личностных черт как детерминант совладания с жизненными трудностями. Мало изученной остается проблема влияния когнитивного оценивания и ситуационных факторов на копинг-поведение. Поэтому Е.В. Битюцкой предпринято эмпирическое исследование, целью которого стало изучение когнитивного оценивания и стратегий совладания с ТЖС [147].

Закономерности восприятия и интерпретации жизненных ситуаций совладания с ними, представленные в эмпирическом исследовании Е.В. Битюцкой, могут быть широко использованы в теоретическом и практическом изучении копинг-поведения [147; 15].

Содержательная область ТЖС включает два типа признаков – общие, характерные для всех трудных жизненных ситуаций и частные, зависящие от ситуационных особенностей и личностных диспозиций. Общими называются признаки, к которым относятся: значимость, беспокойство, повышенные затраты собственных ресурсов. К частным признакам относятся: неподконтрольность, неопределенность, необходимость быстрого реагирования, затруднения в прогнозировании, сложности принятия решения, оценка собственных знаний и опыта как недостаточных [24].

Как отмечает Е.В. Битюцкая система интегрированных когнитивных и эмоциональных компонентов, а также множественные оценки человеком ситуации и себя в ситуации представляет собой когнитивное оценивание ТЖС [22].

Е.В. Битюцкая опирается на концепцию М. Арнолд, которая предложила учитывать совокупность трех видов оценок (в частности, легкости – трудности достижения или избегания объекта) при разработке классификации эмоций [17].

Как отмечает Е.В. Битюцкая ситуационные характеристики (содержание ситуации и частота ее возникновения в жизни респондента) и личностные диспозиции (тревожность и локус контроля) оказывают влияние на когнитивное оценивание ТЖС [16]. При высоком уровне тревожности ситуация воспринимается как неопределенная, не зависящая от усилий субъекта, при этом собственных ресурсов недостаточно для решения задачи. При слабо выраженной тревожности человек оценивает ситуацию более оптимистично, уверен в своих возможностях, поэтому наименее выражены аффективные переживания. Локус контроля как личностная черта связан с неподконтрольностью, неопределенностью ситуации, трудностями выбора решения, оценкой недостаточности ресурсов. Однако данные взаимосвязи существенно различаются в зависимости от содержания ТЖС. Содержание ситуации и частота ее возникновения в жизни субъекта влияют на актуализацию тех или иных критериев когнитивного оценивания ТЖС [16].

По мнению Е.В. Битюцкой на восприятие и категоризацию ситуаций как трудных жизненных влияют половые и возрастные различия. Их роль проявилась и в выборе стратегий совладающего поведения, а также и в специфике когнитивного оценивания [26].

Также ряд отечественных работ по совладающему поведению направлено на изучение ресурсов совладания: самооценки, Я-концепции, локуса контроля, социального интеллекта (Т.Л. Крюкова, Е.В. Либина, А.А. Чазова и др.) [67; 73; 130]. Отдельные исследования посвящены изучению особенностей преодоления экзамена или болезни, т.е. конкретной ситуации [67; 35].

Е.В. Битюцкая разделяет трудные ситуации на актуально трудные, которые пережиты недавно или переживаемые в настоящее время и потенциально трудные, к которым относятся известные, крайне нежелательные ситуации, но не значимые в данный жизненный период) при расхождении частотой упоминания ТЖС и субъективной оценкой их трудности. Важную роль при этом играют имплицитные представления человека о возможных основаниях для категоризации ситуаций [26].

А.В. Карпов и Ю.К. Корнилова вводят понятие «пространство проблемных ситуаций». Субъект, выполняя профессиональную деятельность, формирует некое пространство характерных для этой деятельности проблемных ситуаций. Авторы под пространством проблемных ситуаций понимают фиксированную структуру, по сравнению с последовательностью проблемных ситуаций, возникающих в ходе трудовой деятельности. В отличие от динамической «ткани» мышления в практической деятельности, требующей работы с каждой возникающей проблемной ситуацией эта структура является результатом обобщения многочисленных эпизодов профессиональной деятельности и включает в себя представление индивида о проблемных точках его профессиональной деятельности, т.е. представление о том, где и в какие моменты деятельности возможно возникновение проблемных ситуаций; представление о том, какого рода эти проблемные ситуации, какова степень необходимости их решения и т. д. Если процесс работы с проблемными ситуациями имеет линейную структуру, то пространство проблемных ситуаций построено по иерархическому принципу и представляет собой многоуровневое образование. [118]

Процесс обучения ординаторов проходит под контролем куратора. Каждый куратор является, своего рода, руководителем для ординатора. В связи с этим, мы обращаемся к проблеме стиля поведения руководителя, которая, на наш взгляд, может влиять на дальнейшее становление ординатора как врача.

А.В. Карпов рассматривает стилевые характеристики поведения руководителя в координатах «Властность» и «Поведение в проблемной

ситуации». Последнее отражает личностный (индивидуальный) характер процесса разработки и принятия управленческого решения, значение которого определяется решительностью, ответственностью, склонностью-несклонностью к риску, склонностью к рефлексии, когнитивно-поисковой активностью. Поллюсами этой координаты являются избегание ситуации принятия решения и продуцирование проблемной ситуации (ситуации принятия решения).

Человек, избегающий принятия решения, имеет высокий уровень тревожности, поэтому использует различные возможности, чтобы не доводить до ситуации принятия решения, т.е. откладывает и затягивает с ее решением. Главная забота такого руководителя при выборе вариантов решения состоит в том, чтобы не сделать ошибки. Следствие этого — перекладывание ответственности (в том числе на подчиненных) и затягивание процесса принятия решения.

Для человека, который «продуцирует проблемную ситуацию» свойственно принимать решения, быть уверенным в себе, консультироваться только с лучшими экспертами. Такой руководитель нацелен на решение перспективных и стратегических вопросов, берет на себя ответственность за действия подчиненных. Высока мотивация достижения при понимании необходимости идти на риск.

А.В. Карпов выделяет четыре базовых стиля принятия решения: авторитарный, реализаторский, попустительский и маргинальный. Существует и промежуточный вариант, который характеризуется как ситуационный стиль, ориентированный на вовлечение подчиненных в процесс разработки и принятия решений (партисипативность), но при этом не имеет ярко выраженных предпочтений поведения в ситуациях принятия решений, т.к. модель его поведения определяется ситуацией [52].

Е.В. Битюцкая утверждает, что особенности когнитивного оценивания ТЖС и ситуационные характеристики оказывают существенное влияние на выбор стратегии совладающего поведения. Действия субъекта регулируются ситуационным контекстом, предполагающим определенные правила в

зависимости от содержания события. Предиктором копинга является фактор частоты возникновения ситуации в жизни респондента (ситуации, происходящие крайне редко или ситуации, длящиеся на протяжении некоторого периода жизни) [147]. Таким образом, исследование Е.В. Битюцкой указывает на необходимость учета ситуационного контекста при изучении копинг-поведения [24].

Когнитивное оценивание трудной ситуации описано в работах Е.В. Битюцкой и В.А. Петровского как «антизащитный механизм» когда человек должен оценить ситуацию как трудную, иначе он ее не преодолеет [21, с.88]. Ситуация в процессе категоризации относится к категории трудных путем соотнесения с признаками-критериями. Авторы установили, что значимость ситуации, установление соответствия происходящего мотивам и личностному смыслу, определение успешности реализации деятельности в отношении к цели, оценка степени подконтрольности, понятности, прогнозируемости ситуации, ее влияния на будущую жизнь, соизмерение своих возможностей с условиями, степень трудности ситуации являются результатом оценивания [25].

Проведенный анализ подходов отечественных и зарубежных авторов к изучению трудных ситуаций позволил выделить факторы субъективной и объективной трудности, раскрыть феноменологию когнитивного оценивания ТЖС, определить подходы к классификации ситуаций, выявить основные направления исследования совладающего поведения.

Необходимо отметить особую роль предложенного в работе Е.В. Битюцкой подхода, состоящего в учете ситуационных факторов, для развития теоретических представлений и эмпирических исследований в области копинга. В современной отечественной психологии не принято учитывать ситуационный контекст при изучении совладающего поведения. Психологи часто дают испытуемым общие инструкции, что приводит к получению набора ситуаций широкого спектра, например, от публичного оскорбления до ситуации «крайнего переутомления», от реально переживаемой ситуации до воображаемой (например, страх потерять работу). Таким образом, обобщению подвергается

совершенно разный содержательный материал, на основе которого строятся выводы о предпочтениях испытуемого в совладающем поведении, о «стиле» этого поведения, при этом выбор стратегии вполне может определяться спецификой ситуации.

Проведенное Е.В. Битюцкой эмпирическое исследование показывает, насколько важен ситуационный контекст, окружающий субъекта, для оценивания ТЖС и выбора стратегии совпадающего поведения. Учет ситуационного контекста также приобретает большое значение при изучении влияния устойчивых черт личности на предпочтение способа копинга. Полученные данные свидетельствуют об ограниченности диспозиционального подхода к изучению совладания и оценивания ТЖС.

Подход, основанный на учете ситуационных факторов, является особенно перспективным при проведении исследований в определенных профессиональных группах, например, системы «Человек-человек», при рассмотрении проблемы адаптивности поведения и изучении стилевой природы копинг-поведения, а также влияния диспозиций на предпочтение стратегий совладающего поведения [141].

Б.А. Ясько предлагает использовать термин «жизнеспособность человека», который применяется в различных сферах жизни человека и носит междисциплинарный характер [133].

А.В. Махнач, проанализировав понятие жизнеспособности в междисциплинарном разрезе, охарактеризовал ее как способность человека к преодолению неблагоприятных жизненных обстоятельств с возможностью восстанавливаться и использовать для этого все возможные внутренние и внешние ресурсы. Данная способность отражается в стремлении человека жить и развиваться. А.В. Махнач выделил шесть взаимосвязанных компонентов жизнеспособности, из которых пять внутренних и один внешний. К этим компонентам автор отнес самооффективность; совладание и адаптацию; настойчивость; локус контроля; духовность; семейные и социальные взаимосвязи. Совладание и адаптация определяются автором в целом как

обладание личностью навыками когнитивной и поведенческой саморегуляции [82]. В проведенном исследовании Б.А. Ясько, Б.В. Казарина и Н.Е. Поречного в 2020-2021 гг. среди студентов и врачей-руководителей отмечается достоверно более высокий показатель по интегральной жизнеспособности в среде действующих руководителей, что говорит о прогрессивном, поступательном развитии этого личностного образования в процессе непрерывного профессионального образования и совершенствования врача [133].

1.4. Синдром эмоционального выгорания: теоретический аспект

В 2019 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) синдром эмоционального выгорания официально признан болезнью. Теперь стресс определяется как «синдром, возникающий в результате хронического стресса на рабочем месте, с которым не удастся справиться». Включение синдрома выгорания с кодом QD85 в МКБ-11 является основанием для наблюдения у специалиста и получения медицинской помощи. Эксперты в области здравоохранения видят три аспекта заболевания: чувство истощения, усиление психической отрешенности или негативное отношение к своей работе и снижение производительности труда. ВОЗ указывает, что термин «выгорание» следует использовать только в профессиональном контексте [175].

Многочисленные исследования, выполненные в разных странах мира (Barrack R.L., etal. 2006; Soler J.K., etal., 2008; Campbell J., etal., 2010; Rachiotis G., etal., 2014; Jovanovic N., etal., 2016; Dyrbye L.N., etal. 2018; Stehman C.R., 2019) [143; 220; 149; 202; 178; 163; 221] в том числе и в России (И.А. Бердяева, 2012; Н.В. Говорин, 2013; Т.Б. Коклубовская, 2014; Д.А. Захарова, 2020; Е.Я. Матюшкина, 2020; Б.А. Ясько, 2021) [13; 45; 65; 50; 80; 139], показывают, что медицинские работники имеют наиболее высокие показатели эмоционального выгорания и связанные с ними риски для их физического и психического здоровья на фоне всех других профессий.

А.В. Карпов, исследуя синдром психического выгорания, уделяет особое внимание объяснению детерминационного влияния факторов метакогнитивного плана в профессиональной деятельности субъект-субъектного класса. В исследовании он раскрывает негативные и позитивные функции метакогнитивной регуляции деятельности. При повышении степени выраженности синдрома психического выгорания снижается метакогнитивная регуляция, в свою очередь снижение метакогнитивной регуляции не дает развиваться данному синдрому [51].

Матюшкина Е.Я. считает, что основными факторами выгорания медицинских работников являются: профессиональные, психологические, организационные и социальные. Признание выгорания медицинским диагнозом необходимо для дальнейшего углубленного изучения клинических симптомов выгорания и принятия мер для уменьшения выгорания врачей, что обеспечит улучшение медицинского обслуживания пациентов и, в конечном счете, здоровья населения в целом [80].

В исследованиях L. Dyrbye [153; 154; 155; 156] и K. Stehman [232] с соавторами выявлен высокий уровень профессионального выгорания и эмоционального неблагополучия у значительной части врачей-ординаторов.

Б.Е. Фишман, Н.В. Гольцова утверждают, что каждый, кто работает с людьми и честно относится к своим обязанностям, несёт нравственную и юридическую ответственность за благополучие своих партнёров, за их здоровье и жизнь. Профессионалы, работая «на износ» подвергаются деформированию, «расплачиваются» нервным и эмоциональным перенапряжением за сопереживание, сострадание, сочувствие. При этом ответственность и самоконтроль, в том числе и медицинских работников чрезвычайно велики, и у многих из них развивается эмоциональное выгорание [127].

В работах J. Raimo с соавторами показаны результаты лонгитюдного исследования 81 ординатора, карьера и показатели выгорания у которых отслеживались на протяжении 10 лет. Авторами выявлено раннее выгорание в

начале карьеры, которое по ряду данных, может быть предиктором высокого риска выгорания на более поздних этапах врачебной карьеры [203].

В ведущих медицинских журналах на протяжении нескольких последних лет звучат призывы экспертов, например, заместителя декана Медицинской школы Стэнфорда и директора центра WellMD Т. Shanafelt с коллегами, обратить внимание общества на тяжелое положение медиков как острую социокультурную проблему [212].

Б.А. Ясько обращает пристальное внимание к проблеме психосоциальных последствий пандемии COVID-19. В своем исследовании она подтверждает гипотезу о негативном влиянии продолжительной профессиональной деятельности врачей, работающих в «красной зоне». Наиболее выраженным проявлением сокращения потенциала стрессоустойчивости личности становятся значительное истощение персональных ресурсов, снижение жизнестойкости как способности выдерживать стрессовую ситуацию, сокращение адаптационного потенциала вовлеченности в процесс жизни и его контроля [253].

При изучении синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) необходимо определить не только круг явлений, описываемых этим понятием, но и проанализировать саму родовую категорию «выгорание».

Феномен выгорания (англ. burnout) является популярным предметом изучения как за рубежом, так и со стороны отечественной науки (Водопьянова Н.Е., 2005; Гнездилова О. Н., 2005; Мальцева Н.В., 2005; В.В. Бойко, 2004; В.Е. Орел) [38; 44; 77; 30; 86].

Водопьянова Н.Е. под «эмоциональным выгоранием» понимает специфический синдром, который развивается у человека в процессе его профессиональной деятельности и выражается в состоянии эмоционального и физического истощения, отчуждении от людей, с которыми человек взаимодействует, а также в отсутствии профессиональных планов и крушении надежд [37].

Основоположником по изучению «выгорания» в России можно считать В.В. Бойко. Он описывает термин «burnout» как выработанный личностью

механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций из психотравмирующей ситуации [30].

Выбор того или иного определения «выгорание» обусловлен целями и задачами исследований. С этой точки зрения Гнездиловой О. Н. наиболее оптимальной представляется трактовка данного психологического феномена по В.В. Бойко. Именно она позволяет реализовать на практике задачу разработки эффективных мер, направленных на преодоление эмоционального выгорания [44].

В своем исследовании Мальцева Н.В. подтверждает свою гипотезу о синдроме психического выгорания как динамичном образовании, проявляющее сложный и неоднозначный характер взаимосвязи с индивидуальными и личностными свойствами субъекта в процессе профессионального и возрастного развития [77].

Понятие «эмоциональное выгорание» ещё называют «психическим выгоранием». Так, например, В.Е. Орёл представляет психическое выгорание как своеобразную «антисистему», включенную в разные системы функционирования личности и оказывающую отрицательное влияние на параметры профессионального развития и жизнедеятельности личности. Его влияние на различные подсистемы личности проявляется в нарушении их оптимальной организации [86].

Есть характеристики различных моделей «сгорания». Такой процесс, как эмоциональное выгорание с одной стороны описывает как положение, которому присущи физическое, умственное и моральное истощение в связи с длительной психологической перегрузкой, а с другой стороны, - как процесс снижения профессиональных возможностей, которые вызваны разными рабочими моментами. К таким профессиям относятся связанные с работой в системе «человек – человек», преподаватели, военные, социальные и медицинские работники, специалисты по психологии и другие.

Причиной роста теоретического интереса к теме выгорания стал практический запрос от общества. Так как феномен выгорания возникает у

человека в контексте работы и имеет негативные последствия для него самого, организации в целом и психического благополучия клиентов, учеников, пациентов, коллег, т.е. тех, с кем он взаимодействует, синдром изучен больше всего в психологии труда и социальной психологии (как отечественной, так и зарубежной). Несмотря на изученность синдрома в иностранной психологии, представленность данной проблематики в работах отечественных психологов и накоплению к настоящему моменту достаточного фактического материала (относящегося к условиям, при которых возникает выгорание, его негативным последствиям), актуальность изучения синдрома выгорания не уменьшается [67].

Это обусловлено тем, что объяснительные возможности существующих подходов к выгоранию невелики, и до сих пор нет хорошей теории, которая объясняла бы данный синдром [150]. Как отмечается в работе, посвященной выгоранию, практически нет исследований, которые бы носили постановочный характер и выходили на теоретический уровень анализа, рассматривая синдром выгорания в более широком контексте [85; 86].

Уровень выгорания в ординатуре у врачей-ординаторов недостаточно изучен на сегодняшний день. Имеющиеся данные представляют особый интерес в контексте нашего исследования. Они показывают, что уровень выгорания после окончания обучения в университете у молодых специалистов продолжает расти [150; 151; 165; 161; 167; 176; 189; 196; 198; 205; 206].

Публикаций, посвящённых особенностям синдрома эмоционального выгорания у молодых врачей, только начинающих свою профессиональную деятельность, в доступной научной литературе обнаружено мало [67], поэтому считаем данную тему весьма актуальной для исследования в контексте изучения взаимосвязей с такими когнитивными факторами, как стили и типы мышления, а также когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций.

История проблемы выгорания: от феномена к синдрому

Термин «выгорание» был введен в США более 25 лет назад психоаналитиком Х.Дж. Фрейденбергером, который опубликовал одно из

первых научных описаний синдрома эмоционального выгорания как психического и физического расстройства [168]. В 1981 году К. Маслак представила более широкое определение эмоционального сгорания как психического состояния, характеризующегося чувством эмоционального перенапряжения и переутомления [204]. Если говорить более конкретно, то речь шла об эмоциональном возбуждении и о том, как людям удастся удержать такое возбуждение от срыва. Таким случаем стал бы человек, который в разгар кризиса эффективно справляется с трудной жизненной ситуацией.

Понятие «burnout» (выгорание) было введено в науку американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г. для описания особого расстройства личности у здоровых людей, возникающего вследствие интенсивного и эмоционально нагруженного общения в процессе профессиональной работы с клиентами, пациентами, учениками [177]. Первоначально выгорание считалось «платой за сочувствие», а затем превратилось в «болезнь коммуникативных профессий». В настоящее время говорят о синдроме выгорания представителей самых разных профессий, отмечая некоторую специфику [85].

Развитие представлений о выгорании на первых этапах изучения проходило путем накопления описаний симптомов, которые связаны с ним. Большинство исследований имело сугубо эмпирическую направленность и не пыталось дать теоретически обобщенного определения [150]. Например, Т. Кокс и А. Гриффитс, перечисляют около 150 симптомов, которые относят к выгоранию, выделяя из них аффективные, когнитивные, мотивационные и физические симптомы [150].

Многообразие симптомов легко может запутать, поэтому требовалось разработать концепцию, объясняющую выгорание. В концептуальном плане наиболее разработана модель выгорания, предложенная в 1986г. исследователями К. Маслак и С. Джексоном [195]. В данной модели выгорание впервые рассматривается как синдром, который проявляется в трех базовых симптомах: эмоциональном истощении, деперсонализации и редукции личных достижений.

Под эмоциональным истощением понимается комплекс проявлений «эмоциональной усталости» или «выпотрошенности» от постоянно переживаемого напряжения и стрессовых реакций в процессе работы с людьми. Деперсонализация выражается, прежде всего, в тенденции видеть преимущественно «плохие» стороны в характере и поведении других людей. Редукция личных достижений отмечается, если человек утрачивает чувство собственной значимости в профессиональном плане, не видит перспектив своего дальнейшего развития [195]. Совокупность этих трех компонентов составляет содержание синдрома выгорания, при этом ни один из них в отдельности синдромом не является. Именно данные симптомы в исследованиях стабильно коррелировали между собой, а трехкомпонентная модель выгорания легла в основу опросника MBI (Maslach Burnout Inventory).

Е. Эделвич и А. Бродский описывают выгорание как процесс крушения иллюзий. Они определяют выгорание в «помогающих профессиях» как прогрессирующую потерю идеализма и энергии, которую испытывают люди в результате специфических условий их работы. Исследователи считают, что изначальный идеализм и благородные стремления становятся залогом фрустрации в будущем [157].

К. Маслак и М. Ляйтер называют выгорание «эрозией души». «Оно представляет собой эрозию в ценностях, настроении и воле - эрозию человеческой души» [191].

В целом теоретические подходы к объяснению выгорания в иностранных исследованиях можно разделить на три общих направления:

1. *индивидуально-психологический*: в нем подчеркивается характерное для некоторых людей несоответствие между слишком высокими ожиданиями от работы и действительностью, с которой им приходится сталкиваться ежедневно;
2. *социально-психологический*: причиной феномена выгорания считается специфика самой работы в социальной сфере, отличающаяся большим количеством нагружающих психику неглубоких контактов с разными людьми;

3. *организационно-психологический*: причина синдрома связывается с типичными проблемами личности в организационной структуре - недостатком автономии и поддержки, ролевыми конфликтами, неадекватной или недостаточной обратной связью руководства и отдельного работника и т. д.

На основе анализа данных многочисленных исследований Т. Кокс и А. Гриффитс описывают интегративную модель синдрома выгорания, включая в нее три стабильно повторяющихся в большинстве работ аспекта: сильная мотивация, неблагоприятная рабочая обстановка и использование человеком неадекватных копинговых стратегий [150].

Сильная мотивация.

Кокс и Гриффитс отмечают, что в большинстве подходов к объяснению синдрома выгорания обращается внимание на решающую роль первоначально сильной мотивации, далеко идущих планов, ожиданий, стремлений, а также идеализма и включенности в работу [150]. По мнению А. М. Пайнс, для того чтобы «сгореть, необходимо гореть» [201].

Неблагоприятная рабочая обстановка.

По мнению Кокс и Гриффитс, многие исследователи предполагают, что выгорание, скорее всего, возникнет тогда, когда есть столкновение сильной мотивации профессионала и условий конкретной профессиональной среды, в которой ему приходится работать [150]. То, что выгорание чаще всего встречается в «помогающих» профессиях, авторы объясняют тем, что именно в таких профессиях происходит столкновение идеалистических установок и высокой мотивации с реальными условиями профессиональной среды [150]. В связи с тем, что эти профессии привлекают так называемый «чувствующий тип» людей, которые хотят «всех вылечить, всем помочь», а реальные условия работы очень тяжелы и насыщены стрессом, это неизбежно приводит к выгоранию.

Неадекватные способы борьбы (копинговые стратегии).

Выгорание, как правило, возникает при использовании человеком неадекватных способов борьбы со стрессом и проявляется на индивидуальном

(проблемы со здоровьем, депрессия, низкая самооценка) и организационном (абсентеизм, плохое исполнение обязанностей) уровнях.

Динамика процесса выгорания, согласно Маслак, протекает следующим образом.

1. Идеализм и чрезмерные требования
2. Эмоциональное и психическое истощение
3. Дегуманизация как средство противодействия
4. Конечная стадия: синдром отвращения (против себя - против других - против всего) и, наконец, крах - увольнение, болезнь [192; 193].

Исследования выгорания в отечественной психологии

Проблема выгорания исследуется в отечественной науке, начиная с 1980-х годов. Благодаря многочисленным исследованиям, феноменология распространилась на широкий круг профессионалов (Бойко, 2008; Водопьянова, 2005; Коклубовская, 2014; Лаврененко, Мещанкина, 2004; Орел, 2001; Рогинская, 2002). Равноправно при этом используются такие термины, как «профессиональное выгорание», «эмоциональное выгорание» и «психическое выгорание» [29; 38; 68; 65; 87; 96].

Первоначально в отечественной психологии появился термин «эмоциональное сгорание», введенный Форманюк [128]. Использование термина «эмоциональное выгорание» закономерно потому, что симптом эмоционального истощения является самым первым и основным в данном синдроме и запускает остальные симптомы. Используя термин «профессиональное выгорание», исследователи подчеркивают, что данный синдром проявляется в профессиональной сфере и связан с отношением человека к работе. Наиболее распространенный в данное время термин «психическое выгорание» [77; 85; 86] акцентирует внимание на том, что выгорание происходит в сфере психического и затрагивает все сферы личности. Хотя использование термина «психическое выгорание» является на данный момент наиболее популярным, мы считаем термин «эмоциональное выгорание» более удачным.

Типичным для отечественной психологии является рассмотрение синдрома «выгорания» в контексте профессионализации, особенно в исследованиях выгорания учителей. Например, Н. В. Мальцева дает следующее определение: «Синдром психического выгорания представляет собой сложное структурно-динамическое образование, которое формируется в процессе педагогической деятельности и является негативным эффектом профессионализации» [77].

Исследователь ссылается на положение В. В. Бойко, который «понимает под синдромом психического выгорания выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избыточное психотравмирующее воздействие» [77]. Таким образом, мы наблюдаем замкнутый круг, выход из которого предлагается другим исследователем выгорания школьных учителей, О. Н. Гнездиловой. [44]. Она рассматривает инновационную психологическую деятельность как фактор предупреждения эмоционального выгорания учителя. Инновационная педагогическая деятельность, по мнению автора, активизирует творческий потенциал учителя и служит эффективным средством его личностного развития [44].

В своих работах «Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания» [85] и «Синдром психического выгорания учителей» [86] В. Е. Орел считает, что в «общеметодологическом плане отсутствует определение места выгорания среди таких традиционных для психологии понятий, как «деятельность», «личность», «психические свойства», «психические процессы» [85]. По мнению автора, «упоминание о том, что выгорание представляет собой профессиональный феномен, абсолютно не означает четкого определения его статуса, а порождает новые проблемы, связанные с дифференциацией феномена выгорания от таких понятий, как “профессиональный кризис” и “профессиональная деформация” [85]. Справедливо отмечается также, что нет единой объясняющей концепции.

В результате проведения теоретических и эмпирических исследований В. Е. Орел считал: «Влияние выгорания на личность профессионала заключается в проявлении ряда функциональных закономерностей. Эти закономерности носят как общий “сквозной” характер, проявляющийся на всех уровнях организации личности, так и могут быть специфическими для определенных ее сфер» [85, с.14]. Используя методологию психических состояний и свойств, автор выдвигает «положение о выгорании как о дезадапционном феномене, характеризующемся комплексом соответствующих функций: антимотивационной, антикогнитивной и дерегулятивной» [85]. А вывод В. Е. Орла, что выгорание проявляется в разных сферах личности (когнитивной, мотивационной, сфере отношения человека к работе), и что существует связь между выгоранием и снижением и уплощением во всех этих сферах, представляется очень важным.

Таким образом, суммировав все рассмотренные подходы, можно сделать вывод, что, несмотря на изученность синдрома выгорания в иностранной литературе и на представленность данной проблематики в отечественной психологии, вопрос о причинах выгорания и психологических механизмах, лежащих в основе данного синдрома, остается открытым. Специфичность и уникальность синдрома выгорания заключается в связанности симптомов эмоционального истощения, деперсонализации (цинизма) и редукции личных достижений. Также к выгоранию относят целый ряд симптомов, проявляющихся в когнитивной, мотивационной сферах личности, в поведении и физическом состоянии; общим для этих симптомов является их дезадаптивность.

1.5. Роль синдрома профессионального выгорания в системе профессий «Человек-Человек»

С ростом общей и психологической культуры населения России все более существенными представляются идеи, которые позволяют находить общее в современной медицине и психологии. Примером того, как переплетаются

сведения из медицины и психологии, может быть тот факт, что на протекание болезненного процесса существенно влияет представление о том, что есть болезнь и как она должна протекать. Вопросы, связанные со здоровьем и болезнью, являются переживанием, где пересекаются данные о строении сознания человека, о возможности воздействия через него на самосознание и данные о функционировании организма, т.е. пересекаются сведения психологии и медицины [1; 4; 5; 13].

Б.А. Ясько полагает, что переживания - это единицы сознания, как эмоционального явления и как элемента эмоциональной жизни человека. Она делает вывод о сложности и категориальном статусе понятия «переживание стресса» [136].

М.М. Скугаревской особое внимание уделено профессиям социономического типа [113].

Следует уточнить, что указанная проблема переплетения медицины и психологии исследовалась в ситуации "врач - профессиональная деятельность", как части системы профессий "Человек-Человек", где была предпринята попытка понять особенности врачебной профессии, ее влияние на психическую и, как следствие, социальную жизнь профессионала [45]. Работа является неотъемлемой частью жизни каждого трудоспособного человека. Независимо от её содержания, уровня требований, степени сложности и ответственности, квалифицированности, она определяет весь жизненный уклад, занимая большую часть времени, отражая и формируя систему субъективных ценностей индивида, ближайшие и более отдалённые перспективы. Работа также задаёт некоторый "социальный фон" жизни людей [84].

Не подлежит сомнению, что любой вид профессиональной деятельности, любая профессия воздействует на исполнителя позитивным или негативным образом, отражаясь на характере, психоэмоциональном статусе, поведенческих и других реакциях человека.

Всю суть анализируемой проблемы, особенно важно рассматривать в неразрывной связи с реалиями окружающей нас действительности, а именно с

учётом колоссальной психической нагрузки, чрезвычайной экономической нестабильности, обесценивании и переоценке многих этических норм и нравственных позиций, казавшихся ранее незыблемыми, снижении планки общечеловеческих ценностей, всеобщей криминализации общества, отсутствия перспектив, социальной незащищённости всех слоев населения. Всё это негативным образом сказывается на психологическом состоянии человека, как представителя социума, принимающего участие в своей (врач) или чужой (больной-пациент) профессиональной деятельности.

Что же такое Профессия вообще, и как она влияет на Человека? Считается [1], что любая профессия содержит в себе: динамику (направленность, вектор движения) и статику (некую константу, обеспечивающую нам, боящимся крушения привычных жизненных стереотипов, относительную стабильность). Динамику (психологическое время) представляет собой индивидуальная жизнь профессионала, изменения в его судьбе, сохранение потенциала для развития, познания. Проблема динамики представляет собой проблему изменения собственного сознания и контроля над ним. Без этого профессионал не в состоянии решать задачи адекватного реагирования на воздействие профессии и происходящие на этом фоне психосоциальные изменения. Таким образом, можно проследить ситуацию исчезновения профессионального взаимодействия. Взаимодействие не развивается, если в нем отсутствует меняющийся предмет и отношение к нему участников взаимодействия. На исчезновение профессионального взаимодействия влияют:

- стандартизация контекста, когда стирается индивидуальность человека ("они для меня все одинаковы, проблемы у всех одни");
- обесценивание личностного смысла (профессия как "рутина");
- искажение способов фиксации самого предмета (отсутствует ориентация на Другого, на культурные ценности, нет новых идей).

Динамика (психологическое время) профессии развивается в психологическом пространстве, которое строится на отношении человека (в нашем случае — конкретного профессионала) к своей жизни. Выделяют две

позиции, вокруг которых структурируется психологическое пространство: жизнеутверждение ("каждый день приносит хоть что-то хорошее", "надо уметь радоваться жизни") и жизнеотрицание "жизнь однообразна и тяжела", "это не жизнь, а выживание", которое и представляет для нас особый интерес, как почва для возникновения и развития СЭВ и отчасти профессиональной деформации.

Кроме того, в структуру психологического пространства включается и Другой человек (расстояние между профессионалом и Другим, обобщённое отношение к Другому (В нашем случае - объект профессиональной деятельности, мера воздействия, предмет практической этики врача). Достаточно привести единственное высказывание для характеристики психологического пространства одного врача П.: "Как мне надоели эти истерички, все они одинаковы".

Профессия, воздействуя на профессионала, даёт как возможность для его творческого развития и рождения в нём новых идей, так и для возникновения деструктивных личностных проявлений, профессиональной деградации и даже снижения социального статуса. Причём их возникновение, взаимовлияние и взаиморазвитие происходят одновременно, а уровень доминирования зависит от психосоматического, морально-этического, социокультурного и множества других слагаемых.

Вот в этом диалектическом единстве и существует Профессия. Через профессию происходит включение человека в систему коммуникаций по поводу профессии, что и создает проблему совершенствующегося (позитивного и негативного) взаимодействия.

Согласно Карвасарскому взаимодействия существуют на следующих основных уровнях:

1. Сенсорном (на уровне анализаторов и органов чувств).
2. Уровне построения личностного смысла, определения предмета взаимодействия ("это для меня, Моя профессия").
3. Уровне использования социальных норм (социальная значимость, общепринятая норма действия). Развитие коммуникаций по поводу профессии и

сохранение содержания профессиональной деятельности возможно при наличии меняющегося предмета взаимодействия — предмета профессиональной деятельности (в нашем случае - это осознаваемая врачом граница воздействия на другого человека) [37].

По мнению Н.Е. Водопьяновой профессиональное выгорание стоит рассматривать не как психическое состояние, а как системное качество субъекта профессиональной деятельности, развивающееся из-за нарушения оптимального функционирования в системе «субъект–профессия–организация–общество». Его можно диагностировать в негативных психических состояниях и установках, отношении к собственным достижениям или к себе, как причина и следствие упадка ресурсобеспечения на различных уровнях психологической регуляции [37].

Существуют определенные условия, при которых сохраняется сама Профессия, а её негативное влияние на психологическое пространство профессионала минимально [226]. Одним из таких важнейших условий является сохранение функций и социальной значимости профессии, и это естественно - профессия должна быть социально необходимой и удовлетворять определённым требованиям общества. Кроме того, профессия как предмет должна изменяться (то есть меняется ориентация на морально-этические и культурные ценности, увеличивается влияние на индивидуальную судьбу человека, происходит рождение новых идей и т.д.).

Б.А. Ясько в одном из своих исследований затрагивает тему профессионального оптимизма как конструкта, включающего два равнозначных компонента: операциональный и психологический. Операциональный оптимизм означает уверенность субъекта в компетентностной готовности к исполнению профессиональных задач в конкретных видах деятельности, в ориентации на постоянный профессиональный рост, самосовершенствование и саморазвитие. А психологический оптимизм можно обозначить в характеристиках позитивной профессиональной идентичности, профессиональной востребованности, направленности на профессиональные достижения [135].

Для самого профессионала освоение предмета профессионального взаимодействия предполагает включение его в содержание Я-концепции (личная судьба, индивидуальность врача).

Это может выглядеть как осознание: "Я понимаю (чувствую, знаю), почему я этим занимаюсь". В профессиях, связанных с взаимодействием «Человек-Человек», огромное значение имеет ориентация на Другого как на «высшую ценность, равную ценности собственного Я» [97]. Пожалуй, немного существует профессий, в которых ценностный подход к профессиональной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности врача. Поскольку объектом исследования и субъектом взаимодействия является человек, а характер знаний прикладной, постольку от врачей и ученых требуется высокая мера личной ответственности за результаты своей деятельности.

Б.А. Ясько и Казарин Б.В. в своем исследовании расширяют представления о многообразии подходов к анализу феноменологии диады «человек - профессия». Модель личности специалиста рассматривается как открытая система, образованная комплементарным взаимодействием инвариантных, специфических и вариативных образований, в которых функционально взаимосвязаны свойства – способности - умения, детерминированные процессом профессиогенеза и индивидуальностью специалиста как субъекта труда [138].

Медицина, как наука о человековедении, не может существовать без определенных нравственно-этических принципов, норм и критериев. Существование нравственных моделей поведения - это объективная необходимость, связанная с многообразием ситуаций, возникающих во врачебной деятельности. Эти ситуации часто требуют быстрого принятия нестандартных решений, проявления инициативы, взятия на себя ответственности [81].

Однако не только профессия оказывает воздействие на человека и качество его профессиональной деятельности, а также личностные и средовые

координаты, социально-бытовые, экономические и другие условия, в которых находится профессионал и влияние которых на исполнение профессиональных действий колоссально, а иногда, имеет решающее значение.

В исследованиях Ясько Б.А., Казарина Б.В., Лузакова А.А. и Камушкиной Л.В. [137] дается обоснование совокупности факторов риска, обуславливающих профессиональную дезадаптацию, в частности, профессиональное выгорание врачей клинической деятельности. Во-первых, существенную роль в развитии симптомов выгорания играют социальные факторы, в которых фокусируется статус профессии в обществе. В данных большого объема анкетирования врачей было установлено, что фрустрирующим влиянием на личность врача оказывают:

- низкая социальная оценка значимости медицинского труда, выражающаяся в сложности реализации базовых потребностей личности;
- возрастающая стоимость медицинских услуг, затрудняющая оказание адекватной медицинской помощи лицам с ограниченным достатком;
- затруднения в реализации непрерывности профессионального развития;
- высокая степень бюрократизации системы управления, обуславливающая преобладание элементов «иерархической» (бюрократической) организационной культуры;
- сниженные показатели социально-психологического климата в рабочих группах;
- слабая санитарно-гигиеническая образованность пациентов и их родственников;
- перегруженность субъект-субъектным взаимодействием;
- высокая социальная ответственность за результаты труда.

Вторая группа – «Деятельностные факторы», отражающие специфику профессиональной деятельности врача. Третья группа – «Субъектные факторы». В них отражается специфика требований к личности профессионала как субъекта деятельности. Четвертую группу образует совокупность индивидуально-личностных качеств, которые выделяют психологические особенности врача, способствующие или противодействующие профессиональной адаптации. Например, блокирующее влияние могут оказывать выраженные в профессиональной среде врачей психологические свойства или их сочетание: – опора в затрудненных жизненных и профессиональных ситуациях на малопродуктивные стратегии совладания;

– сниженная жизнеспособность – один из главных компонентов профессиональной адаптации, позволяющий адекватно реагировать на изменения среды, выстраивать новую линию поведения и добиваться поставленной цели.

В этой взаимосвязи и будет рассматриваться синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей. Психологический дискомфорт (дистресс) исключает безоблачность, бесконфликтность и даже какую-либо относительную стабильность в любой системе человеческого взаимодействия. Взаимодействие трудовой и вне трудовой деятельности друг на друга и на человека трудно переоценить, так как, несомненно, любое физическое или интеллектуальное воздействие прямым или косвенным образом отражается на производящего их в момент выполнения профессиональных действий или в виде продуктов труда (учитель - ученик, или: врач - операция - удача или отдалённые осложнения).

Наиболее весомыми побудительными мотивами исследования затронутых проблем явились, во-первых, явная недооценка влияния СЭВ на личность, как на уровне самих профессионалов, так и на уровне их ближайшего окружения и общества в целом.

Во-вторых, отклонение от эталонных представлений в поведении специалиста (Врача) в процессе отправления своих профессиональных обязанностей и нарастание конфликтов в социально-бытовой сфере, в большинстве случаев, не осознаваемых самим объектом (в нашем случае Врачом), окружающими расценивается как проявление доминирующих негативных индивидуальных черт характера человека вне воздействия на него СЭВ.

В-третьих, незнание и недооценка деструктивного проявления указанного феномена в структуре личности специалиста не позволяет продуктивно противодействовать его агрессии, что ведёт к снижению профессионального статуса врача, затрудняет динамику профессионального роста, нивелирует межчеловеческие (бытовые и производственные) отношения, а иногда ведёт к разрушению или деградации личности.

Более чёткое и рельефное обозначение проблемы позволит наметить пути развития способности профессионала выходить из кризиса, искать продуктивные способы противостояния эмоциональному выгоранию и профессиональной деформации, преодолевать дезадаптацию с помощью поиска нового смысла и позитивной мотивации.

Выводы по первой главе

Понятие «мышление» широко используется в современной психологии, и оно фокусируется на таких категориях, как «проблемная ситуация» и «мыслительная деятельность». При этом мышление играет важную роль в поиске решения выхода из любой проблемной ситуации.

Теоретический анализ современных российских источников показывает, что на данном этапе развития когнитивной психологии существует несколько направлений изучения стилей мышления и типов мышления. Для их определения существуют опросники, с помощью которых можно оценить степень соответствия утверждений опросника представлению о себе респондентов.

Поскольку в нашем исследовании принимали участие студенты третьего курса, в связи с этим мы обратились к работе Б.А. Ясько, в которой даны дополнительные интерпретации содержательных характеристик нормативных кризисов оптации и кризиса «третьего курса» [140]. Следовательно, зрелость мышления субъекта и его когнитивный ресурс определяются, прежде всего, уровнем его субъективного возраста.

Высокий уровень развития творческих способностей врача способствует успешной самореализации, профессиональному долголетию, продуктивному взаимодействию с участниками лечебного процесса.

Большое количество исследований посвящено проблеме «эмоциональное выгорание» среди медицинских работников. Начались исследования выгорания у ординаторов, а также у студентов, причем по количеству работ преобладают

последние. Большинство исследователей рассматривает «выгорание» как негативное явление.

Мы согласны с мнением J. Raimo, что раннее выгорание в начале карьеры может быть предиктором высокого риска выгорания на более поздних этапах врачебной карьеры [203]. Именно поэтому имеет смысл изучать эмоциональное выгорание на этапах высшего медицинского образования, принимая во внимание длительность обучения: 6 лет по программе специалитета, 2-3 года в ординатуре в зависимости от специальности.

Синдром психического выгорания по мнению Мальцевой Н.В. это динамичное образование [77] и изучать его необходимо либо на разных уровнях профессиональной деятельности, либо на разных этапах профессионального образования.

Таким образом, прохождение ординатуры, в качестве финальной ступени высшего медицинского образования является важным этапом становления молодого врача, только начинающего свою профессиональную карьеру. И от того, как молодой врач сможет справиться со всеми стрессогенными факторами этого периода, зависит его дальнейшая профессиональная судьба. Публикаций, посвящённых особенностям синдрома эмоционального выгорания у молодых врачей, только начинающих свою профессиональную деятельность, в доступной научной литературе обнаружено мало, поэтому считаем данную тему весьма актуальной для исследования в контексте изучения взаимосвязей с такими когнитивными факторами, как стили и типы мышления, а также когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций.

Кроме того, необходимость исследования данной тематики обусловлена поиском средств ресурсной мобилизации имеющихся возможностей в качестве превентивных мер синдрома эмоционального выгорания. Так, ресурсное мышление субъекта проявляется в способности получения результативных и одновременно экономичных решений в ходе реализации имеющихся резервов [62]. Немаловажную роль играет обучение ординаторов профилактике дисфункциональных ситуаций, возникающих во врачебной деятельности [64].

ГЛАВА 2. РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ОЦЕНИВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОРА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

2.1. Характеристика выборки исследования

В исследовании приняли участие 30 студентов 3-го курса, 300 ординаторов, проходящих обучение в ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, и 50 врачей, практикующих в различных медицинских организациях Ярославской области, общий объем выборки составил 380 человек. В качестве основных групп согласно цели исследования выступали группа обучающихся по программам специалитета (студенты) и ординатуры (ординаторы), а в качестве контрольной группы – практические врачи. Всего проанализированы 1900 анкет по 5 психологическим методикам. В базу данных включена информация о возрасте и поле. Демографические показатели по средним значениям и частоте встречаемости представлены в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1

Демографические данные по выборке

Параметр	Студенты (n=30)	Ординаторы (n=300)	Врачи - контроль (n=50)	Достоверность по сравнению с контролем (p)
Средний возраст (M±S.D.)	20,1±0,66	24,9±0,97	33,4±3,4	<0,05
Мужчины (n/%)	7/23,3%	81/27,0%	13/26,0%	НД
Женщины (n/%)	23/76,7%	219/73,0%	37/74,0%	НД
Стаж работы (M±S.D.)	0,23±0,5	1,5±0,5	5,0±1,95	<0,05

Примечание: НД – не достоверно

Таким образом, группы сравнения (студенты и ординаторы) практически не различались по возрасту, полу и стажу работы. А группа контроля (врачи) имела достоверно больший средний возраст и стаж работы, но имела схожие частотные распределения по полу с группами студентов и ординаторов.

2.2. Психологические методы исследования

2.2.1. Методика «Стили мышления» (А.К. Белоусова) [7; 9; 10]

Методика измерения стиля мышления Белоусовой А.К. дает возможность диагностировать четыре стиля мышления: инициативный, критический, управленческий, практический. Позволяет определить доминирующий его вид, детерминирующий в целом характер совместной деятельности. Методика содержит 4 шкалы, соответствующие 4 стилям мышления и 32 утверждения. Обработка результатов осуществляется с использованием ключа методики (ПриложениеА).

Выделенные 4 направления в развитии стилей мышления подчеркивают преобладание какой-то определенной функции при субдоминантном положении всех остальных. И их наличие, и уровень развития свидетельствуют о том, что процессы мышления, выработка новообразований развиваются при любом стиле; однако различия в мышлении – это, прежде всего, различия в динамике и направленности выработки новообразований.

Инициативный стиль мышления характеризуется направленностью на обнаружение проблем и проявляется в способности выдвигать различные предположения. При критическом стиле мышления доминирует селективная функция (отбор и оценка информации). При управленческом стиле мышления превалирующей является функция, направленная на других людей. Практический стиль мышления определяется функцией реализации идей.

2.2.2. Диагностика профессиональных способностей. Методика определения типа мышления и уровня креативности («Профиль мышления» В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец) [41]

Данный опросник – это самооценочная профориентационная методика.

Опросник содержит 75 вопросов, на которые опитант отвечает «да» – «нет», после чего подсчитываются результаты в соответствии с ключом методики (Приложение А).

Тип мышления – это индивидуальный способ аналитико-синтетического преобразования информации. Профиль мышления отображает доминирующие способы переработки информации и уровень креативности и является важнейшей личностной характеристикой человека, определяющей его стиль деятельности, склонности, интересы и профессиональную направленность.

Независимо от типа мышления человек может характеризоваться определенным уровнем креативности (творческих способностей). Креативность – это общая способность к творчеству, характеризует личность в целом и проявляется в различных сферах активности. Высокие показатели по шкале «креативность» говорят о предпочтении данным человеком творчески подходить к делу.

Выделяют 4 типа мышления, каждый из которых обладает специфическими характеристиками (предметное, символическое, знаковое, образное).

Согласно Д. Брунеру, мышление можно рассматривать как перевод с одного языка на другой. Следовательно, при четырех базовых языках возникает 6 вариантов перевода в ситуации одновременной выраженности двух типов (высокий уровень): предметно-образный тип (практический склад); предметно-знаковый тип (гуманитарный склад); предметно-символический тип (операторный склад); образно-знаковый тип (художественный склад); образно-символический тип (технический склад); знаково-символический тип (теоретический склад).

2.2.3. Методика «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» (Е.В. Битюцкая) [22]

Данная методика является инструментом изучения когнитивного оценивания ситуаций, а также ситуационных характеристик (содержания ситуации, частоты ее возникновения в жизни респондента) (Приложение А).

Методика направлена на выявление трудных жизненных ситуаций, оценку критериев трудности ситуаций для субъекта и построена на приеме субъективного шкалирования ситуаций по параметрам, соответствующим критериям когнитивного оценивания. Особенностью методики является обращение к субъективному опыту респондента. Испытуемому предлагается проанализировать конкретные, актуальные для него жизненные трудности.

Респонденту объясняют, что методика состоит из двух частей. В первой предлагается сформулировать и коротко описать актуальную для него ситуацию, которую он воспринимает как трудную. Вторая часть представлена перечнем утверждений – оценочных шкал. Испытуемому предлагается соотнести ситуацию с каждым утверждением и проставить соответствующие оценки, используя семибалльную шкалу (от 0 до 6 баллов).

Если это необходимо (целесообразно), после заполнения бланка с респондентом проводится беседа, направленная на уточнение содержания описанной ситуации и особенностей понимания утверждений, обозначенных в бланке.

Согласно результатам факторного анализа методика делится на шкалы:

1. Общие признаки трудных жизненных ситуаций. Шкала включает такие переменные, как значимость, беспокойство, высокие затраты ресурсов, потери. На основании частотного анализа можно утверждать, что три первых признака являются общими для всех трудных ситуаций и характеризуют их как категорию. По результатам анализа описательной статистики,

перечисленные критерии (за исключением параметра «потери») наиболее высоко оцениваются испытуемыми.

2. Неподконтрольность ситуации характеризует восприятие ситуации как независимой от действий человека, не поддающейся влиянию на ее развитие и исход.
3. Непонятность ситуации. Шкала объединяет утверждения, отражающие непонимание ситуации, неочевидность выхода из неё, а также оценку собственных ресурсов (знаний, опыта) как недостаточных для преодоления ситуации.
4. Необходимость быстрого, активного реагирования включает утверждения о восприятии ситуации как требующей незамедлительного и активного реагирования: принятия решения, действий, целенаправленного поведения.
5. Затруднения в принятии решения. Критерий определяет трудности выбора решения, нахождения правильного, благоразумного варианта выхода из ситуации; а также внутренний конфликт.
6. Трудности прогнозирования ситуации. Данный признак включает затруднения при прогнозировании возникновения и развития ситуации, неожиданность событий.
7. Сильные эмоции. Шкала состоит из утверждений, характеризующих эмоциональные состояния и реакции на условия ситуации: сильные отрицательные эмоции, состояние напряжения.
8. Перспектива будущего объединяет пункты, описывающие значимость последствий ситуации, её влияние на жизнь в будущем, угрозу благополучию близких.

Обработка результатов осуществляется с использованием ключа методики (Приложение А).

Шкалы методики соответствуют критериям оценивания, их можно назвать когнитивными «шкалами», на основе которых совершается оценка трудности ситуации. Анализ показателей по фактору «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» позволяет определить, является ли ситуация трудной и в

какой степени. Остальные критерии могут варьировать в зависимости от содержания ситуации и личностных особенностей.

Результаты диагностики дают возможность разобраться, по каким критериям ситуация вызывает трудности у респондента. Трудность ситуации по какому-либо параметру – это средний балл по шкале, равный или выше 4-х. Если критериев со средним баллом более 4-х несколько, то это характеристика сложности ситуации.

2.2.4. Методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко)

[30]

Опросник личностный, предназначенный для диагностики синдрома эмоционального выгорания, возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов. Стимульный материал теста состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет», после чего подсчитываются результаты в соответствии с ключом методики (Приложение А). Отдельно подсчитываются баллы по отдельным симптомам, а затем по трем фазам СЭВ, далее дается заключение о степени выраженности симптомов и сформированности фаз синдрома эмоционального выгорания.

2.3. Методы статистической обработки данных

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США). Выполнялась подготовка и проверка первичных данных, устранялись артефакты и технические дефекты. Осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков с использованием критериев Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллифорса и Шапиро-Уилка. Для установления однородности сравниваемых групп применялся метод проверки статистических гипотез об

извлечении выборок из одной генеральной совокупности. Проверка однородности по качественным признакам проводилась на основании анализа таблиц сопряженности с вычислением коэффициента ассоциации Юла и коэффициента контингенции Пирсона. Выполнялась проверка равенства генеральных дисперсий с помощью критериев Фишера и Кокрана. Распределение считалось не отличающимся от нормального при $p > 0,05$.

При нормальном распределении признака количественных переменных вычислялись среднее арифметическое и стандартное отклонение. Приводимые данные имеют представление $M \pm SD$ (M - среднее арифметическое, SD – стандартная девиация). При нормальном распределении признака в случае наличия двух независимых выборок использовали t -критерий Стьюдента. Качественные данные обобщались путем подсчета количества наблюдений каждой категории, вычисления доли наблюдений конкретной категории в исследуемой выборке и выражались в процентах (n (%)). Для оценки значимости различий между качественными характеристиками выборки использовался критерий χ^2 Пирсона. Для изучения взаимосвязи двух признаков использовался корреляционный анализ по Пирсону.

В случаях логнормального распределения признака для количественных и категориальных признаков производилось вычисление медиан и интерквартильных интервалов. Для сравнения двух независимых групп по одному признаку применяли критерии Манна-Уитни. Для однофакторного сравнения трех независимых групп использовались метод Краскела-Уоллиса.

Для определения возможности группировки связанных (коррелирующих) переменных и рассмотрения каждой группы как одной составной переменной (или фактора) применялся факторный анализ. Приемлемая адекватность применимости факторного анализа к значениям данной выборки устанавливалась на основании критерия Кайзера-Мейера-Олкина. Для выделения значимых факторов использовался критерий Кайзера. Корреляционная матрица переменных подвергалась процедуре анализа по методу главных компонент, извлекались факторы с собственными значениями

больше единицы. Эти факторы подверглись вращению по методу варимакс, при котором факторы оставались независимыми или ортогональными по отношению друг к другу, что позволило максимизировать дисперсию, объясняемую значимыми факторами, путем еще большего увеличения коэффициентов корреляции (факторных нагрузок), высоко коррелирующих с этим фактором переменных и уменьшения коэффициентов корреляции низко коррелирующих с этим фактором переменных.

Для определения вида зависимости любых, количественных или качественных, переменных-предикторов (независимых переменных) и зависимой переменной применялся множественный логистический регрессионный анализ, позволяющий не только предсказывать значение независимой переменной по известным значениям нескольких переменных-предикторов, но также оценить степень независимого друг от друга влияния каждого из предикторов на значение переменной отклика.

Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 5,0%.

Выводы по второй главе

Для проведения исследования когнитивного оценивания как предиктора симптомов эмоционального выгорания на разных уровнях высшего медицинского образования дана характеристика выборки эмпирического этапа исследования. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет». В исследовании приняли участие обучающиеся по программам специалитета 3-го курса (n=30) и ординатуры (n=300) ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, в качестве основных групп исследования, а также врачи (n=50), практикующие в различных медицинских организациях Ярославской области, в качестве контрольной группы.

Подобран и обоснован набор методик, соответствующих цели работы и наиболее подходящих к задачам исследования. В исследовании применялись следующие диагностические методики: 1) Методика «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» (Е.В. Битюцкая); 2) Методика «Стили мышления» (А.К. Белоусова); 3) «Методика определения типа мышления и уровня креативности» (В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец); 4) Личностный опросник, предназначенный для диагностики «Синдрома эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов (В.В. Бойко).

Для достижения основной цели исследования и подтверждения гипотез недостаточно применения только описательных методов статистики и проведения корреляционного анализа, так как необходим поиск взаимосвязей между изучаемыми параметрами, связанный с построением моделей наиболее значимых факторов, что предполагает использование факторного анализа, а для поиска предикторов симптомов эмоционального выгорания – логистического регрессионного анализа.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Сравнительный анализ стилей мышления у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей

Общие данные подсчета баллов в группах сравнения по методике «Стиль мышления» представлены в таблицах 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3. Приложения Б.

Сравнительный анализ результатов, полученных при использовании методики «Стили мышления» [7] у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующими врачами по средним значениям ($M \pm SD$) и по распространенности (n (%)) продемонстрирован в таблицах 3.1.4 и 3.1.5 соответственно.

Таблица 3.1.4

Сравнительная оценка стилей мышления по средним значениям обучающихся по программам специалитета ($n=30$) и ординатуры ($n=300$), а также врачей ($n=50$)

Стиль мышления	I. Студенты $M \pm SD$	II. Ординаторы $M \pm SD$	III. Врачи $M \pm SD$	<i>p</i>		
				I-II	I-III	II-III
Инициативный	18,7±3,4	19,6±2,9	18,3±2,9	0,07	0,65	0,003
Критический	20,7±3,1	21,5±2,7	21,4±3,1	0,12	0,27	0,83
Управленческий	21,9±3,4	21,8±3,6	21,2±3,9	0,93	0,36	0,30
Практический	22,7±4,3*	23,5±3,0*	23,1±2,6*	0,21	0,57	0,23
Комбинированный	18,7±3,4	19,6±2,9	18,3±2,4	0,68	0,92	0,71

Примечание: * - $p \leq 0,05$ по сравнению с инициативным стилем мышления

Результаты по средним значениям (табл. 3.1.4) продемонстрировали достоверные различия ($p=0,003$) по преобладанию только инициативного стиля мышления у ординаторов ($19,6 \pm 2,9$) над врачами ($18,3 \pm 2,9$). При сравнительном анализе внутри каждой исследуемой группы выявлено достоверное доминирование ($p \leq 0,05$) среднего балла по практическому стилю мышления

($22,7 \pm 4,3$; $23,5 \pm 3,0$ и $23,1 \pm 2,6$ соответственно у студентов, ординаторов и врачей), согласно методики детерминирующему в целом характер совместной деятельности, который определяется функцией реализации идей.

Таблица 3.1.5

Сравнительная характеристика стилей мышления по распространенности у обучающихся по программам специалитета ($n=30$) и ординатуры ($n=300$), а также врачей ($n=50$)

Стиль мышления	I. Студенты n (%)	II. Ординаторы n (%)	III. Врачи n (%)	p		
				I-II	I-III	II-III
Инициативный	2 (6,7)	16 (5,3)	2 (4,0)	0,91	0,96	0,81
Критический	2 (6,7)	29 (9,7)	2 (4,0)	0,79	0,97	0,29
Управленческий	7 (23,3)*	78 (26,0)*	13 (26,0)*	0,92	0,95	0,86
Практический*	14 (46,7)*	136 (45,3)*	26 (52,0)*	0,96	0,81	0,47
Комбинированный	5 (16,7)*	41 (13,7)*	7 (14,0)*	0,81	0,98	0,39

Примечание: * - $p \leq 0,05$ по сравнению с инициативным стилем мышления по каждой группе сравнения

Представленные в таблице 3.1.4 и на рисунке 1 данные по распространенности в выборке свидетельствуют о том, что доминирующим стилем мышления у ординаторов, детерминирующим в целом характер совместной деятельности, является практический стиль (45,3%), который определяется функцией реализации идей. Далее по убыванию следуют управленческий (26,0%), комбинированный (13,7%), критический (9,7%) и инициативный (5,3%) стили мышления. Следует отметить, что инициативный стиль мышления, который направлен на обнаружение проблем и проявляется в способности выдвигать различные предположения, выявлялся на 40% реже практического и на 4,4% реже критического стилей мышления.

Доминирующим стилем мышления у студентов, детерминирующим, в целом, характер совместной деятельности, является практический стиль

мышления (46,7%), который определяется функцией реализации идей. Далее по убыванию распространенности идут управленческий (23,3%), комбинированный (16,7%), а критический и инициативный выявлены в наименьшем, но одинаковом проценте случаев (6,7%). Следует отметить, что у студентов инициативный стиль мышления, направленный на поиск проблем и проявляющийся в способности выдвигать предположения, выявлялся на 40% реже практического (так же, как и у ординаторов), и не отличался вовсе от критического вида мышления (на 3% меньше чем у ординаторов).

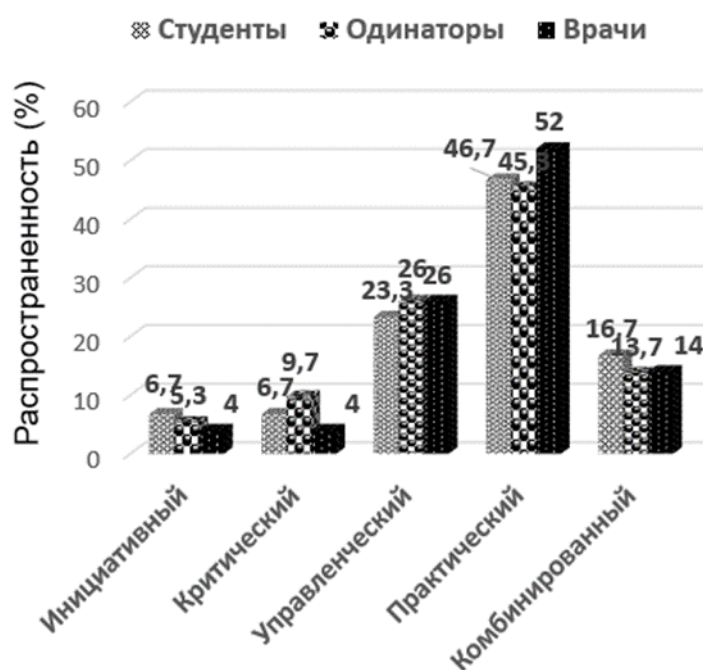


Рисунок 1. Графическое изображение сравнительной характеристики стилей мышления по распространенности у обучающихся по программам специалитета (n=30) и ординатуры (n=300), а также врачей (n=50).

Группа практических врачей, которая в данном исследовании рассматривается в качестве контрольной группы, демонстрирует схожую динамику убывания по частоте использования стилей мышления от доминирующего практического стиля (52,0%), далее управленческого (26,0%) и комбинированного (14,0%), до инициативного и критического стилей мышления, встречающихся в одинаковом проценте случаев (по 4,0% каждый).

Суммируя полученные данные по частоте встречаемости стилей

мышления во всей выборке (Рис. 1), можно обнаружить, что во всех трех группах сравнения достоверно чаще ($p \leq 0,05$) встречается практический стиль мышления в 46,7%, 45,3% и 52,0% случаев соответственно в группах студентов, ординаторов и врачей, затем по убыванию идет управленческий стиль – в 23,3%, 26,0% и 26,0% случаев соответственно, и комбинированный стиль – в 16,7%, 13,7% и 14,0% случаев соответственно. При этом сравнительная характеристика каждого из стилей мышления по распространенности (Табл. 3.1.2) не показала достоверных различий между группами сравнения.

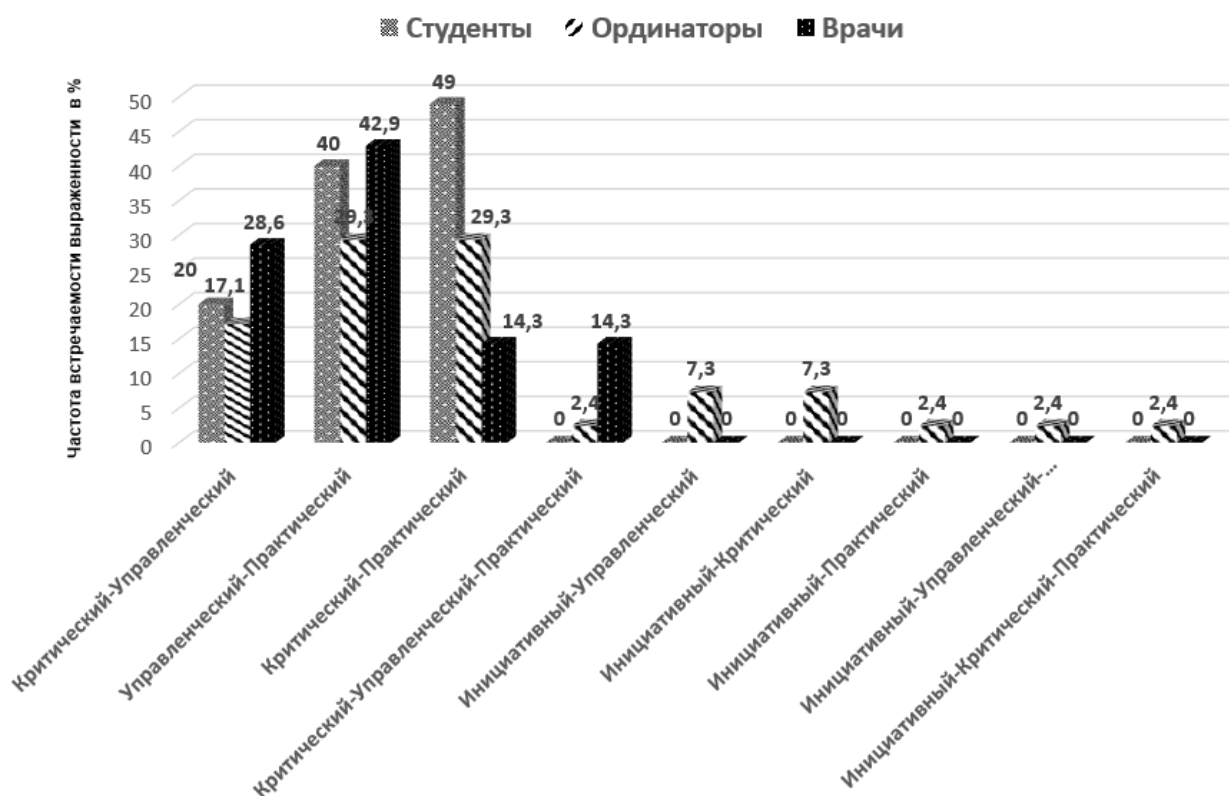


Рисунок 2. Сравнение комбинированного стиля в трех группах: у обучающихся по программам специалитета ($n=30$) и ординатуры ($n=300$), а также врачей ($n=50$).

Более подробный анализ комбинированного стиля мышления в трех группах сравнения, представленный на рисунке 2, у ординаторов демонстрирует преобладание двух двойных комбинаций с одинаковой частотой встречаемости по 29,3% каждый, а именно: Критический-Практический и Управленческий-Практический стили. Тройные комбинации стилей мышления обнаружены в

минимальном, но равном проценте случаев (по 2,4% каждый), что свидетельствует об их редком использовании обучающимися по программам ординатуры. Однако у студентов представлено значительно меньше вариаций комбинаций, чем у ординаторов, а именно три двойных комбинации, причем две из них: Критический-Практический и Управленческий-Практический доминировали в равном проценте случаев (по 40,0% каждый), а вариация Критический-Управленческий выявлена в 20% случаев, что возможно связано с небольшим числом наблюдений. У врачей же преобладает Управленческий-Практический стиль в 42,9% случаев, затем идет Критический-Управленческий – в 28,6% случаев, а далее в одинаковом проценте случаев встречается двойная комбинация Критического-Практического стиля и тройная комбинация Критического-Управленческого-Практического стиля мышления (по 14,3% каждый соответственно).

Таким образом, обучающиеся по программам специалитета и ординатуры чаще пользуются двойными комбинациями комбинированного стиля мышления с одинаковой частотой встречаемости (по 29,3% и 40,0% соответственно), а именно: Критический-Практический и Управленческий-Практический стили мышления, однако по сравнению с группой врачей комбинация Критический-Практический стиль использовалась студентами и ординаторами достоверно чаще на 15,0% и 25,7% соответственно ($p \leq 0,05$), а Управленческий-Практический стиль применялся студентами и ординаторами реже на 13,6% ($p \leq 0,05$) и 2,9% соответственно. Следует отметить, что обучающиеся по программам специалитета и ординатуры практически не пользуются тройными комбинациями стилей мышления в отличие от практических врачей, и все три группы сравнения в комбинациях не имеют инициативного стиля мышления, что возможно связано со спецификой медицинской профессии, а именно, документами, регламентирующими врачебную деятельность (клинические рекомендации и национальные руководства по заболеваниям, а также Протоколы и Стандарты оказания медицинской помощи и медицинских услуг).

3.2. Сравнительный анализ типов мышления и креативности у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей

Общие данные подсчета баллов в группах сравнения по методике «Профиль мышления» представлены в таблицах 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3. Приложения Б.

Сравнительный анализ результатов, полученных при использовании методики «Профиль мышления» [41] у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также у практических врачей по средним значениям ($M \pm SD$) и по распространенности (n (%)) продемонстрирован в таблицах 3.2.4 и 3.2.5 соответственно.

Таблица 3.2.4

Сравнительная оценка типов мышления по средней бальной оценке у обучающихся по программам специалитета ($n=30$), ординатуры ($n=300$) и практикующих врачей ($n=50$)

Тип мышления	I. Студенты $M \pm SD$	II. Ординаторы $M \pm SD$	III. Врачи $M \pm SD$	<i>p</i>		
				I-II	I-III	II-III
Предметный	8,3±2,0	7,8±2,5	7,9±2,6	0,22	0,53	0,65
Символический	6,0±2,7	6,4±3,0	4,9±2,3	0,52	0,11	0,002
Знаковый	8,8±2,4	8,7±3,0	8,6±2,6	0,91	0,81	0,79
Образный	9,7±2,7*	9,4±2,7*	8,8±2,6*	0,75	0,25	0,15

Примечание: * - $p \leq 0,05$ по сравнению с символическим типом мышления.

При сравнении типов мышления по средним значениям в трех группах (Табл. 3.2.4) обнаружено, что по символическому типу мышления средний балл в группе ординаторов ($6,4 \pm 3,0$) был достоверно выше среднего балла в группе врачей ($4,9 \pm 2,3$), $p=0,002$, а это означает, что результатом подобного типа мышления является мысль, выраженная в виде структур, формул, программ,

фиксирующих существенные отношения между символами [41]. При анализе внутри каждой группы выявлено, что образный тип мышления достоверно доминировал во всех трех группах, а именно: у студентов ($9,7 \pm 2,7$), ординаторов ($9,4 \pm 2,7$) и врачей ($8,8 \pm 2,6$) по сравнению со средним баллом по символическому типу ($6,0 \pm 2,7$; $6,4 \pm 3,0$ и $4,9 \pm 2,3$ соответственно), как имеющему наименьший количественный показатель ($p \leq 0,05$). Данный результат может трактоваться согласно методике, как то, что преобразование информации осуществляется с помощью действий с образами, которые извлекаются непосредственно из памяти или воссоздаются воображением, что отделяет его от предмета в пространстве и времени; причем не существует физических ограничений на преобразование; в ходе решения мыслительных задач соответствующие образы мысленно преобразуются, что позволяет человеку найти решение интересующей его задачи; мыслительные операции можно осуществлять в двух вариантах: одновременно и последовательно, в конечном счете результатом является мысль, воплощенная в новом образе [41].

Таблица 3.2.5

Сравнительная характеристика типов мышления, включая комбинированный тип мышления, по распространенности у обучающихся по программам специалитета ($n=30$), ординатуры ($n=300$) и практикующих врачей ($n=50$)

Тип мышления	I. Студенты n (%)	II. Ординаторы n (%)	III. Врачи n (%)	p		
				I-II	I-III	II-III
Предметный	6 (20,0)	34 (11,3)	7 (14,0)	0,27	0,69	0,76
Символический	1 (3,3)	13 (4,3)	4 (8,0)	0,007	0,72	0,45
Знаковый	5 (16,7)	37 (12,3)	16 (32,0)*	0,69	0,21	0,001
Образный	10 (33,3)*	49 (16,3)	11 (22,0)	0,038	0,39	0,43
Комбинированный	8 (26,7)	167 (55,7)*	12 (24,0)	0,045	0,92	0,001

Примечание: * - $p \leq 0,05$ (внутри каждой группы)

Оценка распространенности типов мышления у ординаторов выявило следующие особенности (Табл. 3.2.5), а именно, значительное доминирование комбинированного типа (55,7%) и минимальная представленность символического типа (4,3%). Порядок убывания частотных показателей был следующим: образный (16,3%), знаковый (12,3%), предметный (11,3%) и символический (4,3%) типы мышления. При этом частота встречаемости комбинированного типа мышления была больше символического на 51,4%. Разница преобладания комбинированного типа мышления над образным, знаковым и предметным составила 39,4%; 43,4% и 44,4% соответственно ($p \leq 0,05$).

В отличие от ординаторов у студентов (Табл. 3.2.2) преобладал образный тип мышления (33,3%), однако также как у ординаторов наименьший показатель распространенности наблюдался при символическом типе мышления (3,3%), причем разница между данными показателями составила 30%. Также отличался и порядок убывания частотных показателей, а именно: комбинированный (26,7%), предметный (20,0%), знаковый (16,7%) и символический (3,3%) типы мышления. При этом частота встречаемости образного типа мышления была больше комбинированного, предметного и знакового типов на 6,6%; 13,3% и 16,6 % соответственно ($p \leq 0,05$).

У врачей обнаружено преобладание знакового типа мышления (32,0%), затем близко по частоте используются комбинированный (24,0%) и образный (22,0%) типы, далее идет предметный тип (14,0%) и минимально применяется символический тип мышления (8,0%). При этом частота встречаемости знакового типа мышления была достоверно больше комбинированного, образного и предметного типов на 8%, 10% и 18% соответственно ($p \leq 0,05$), а процентная разница между знаковым и символическим типами составила 24%.

Из типов мышления студенты достоверно чаще используют комбинированный (55,7%), ординаторы – образный (33,3%), когда результатом мыслительного процесса является мысль, реализуемая в новом образе, и врачи – знаковый тип (32%), когда результатом процесса мышления является мысль,

выраженная в виде понятия или высказывания, которые фиксируют значимые отношения между определяемыми предметами (Рис. 3).

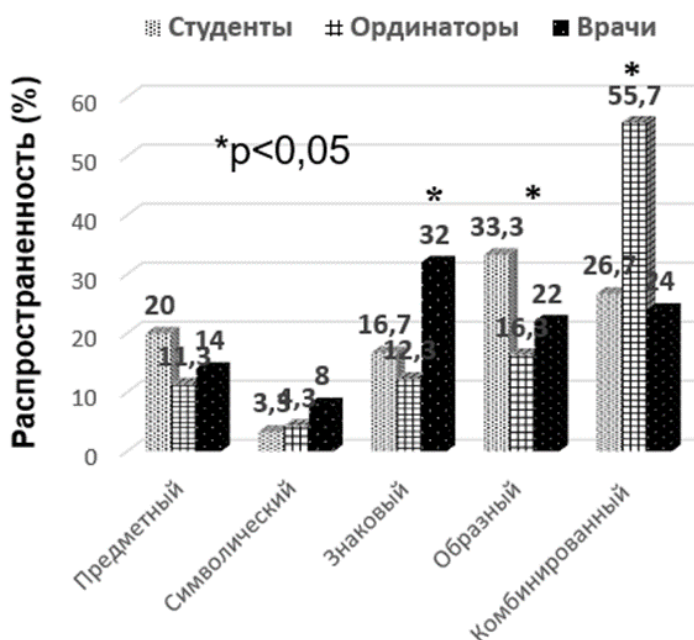


Рисунок 3. Графическое изображение сравнительной характеристики типов мышления по распространенности у обучающихся по программам специалитета (n=30) и ординатуры (n=300), а также врачей (n=50). *Примечание:* * - $p < 0,05$.

При сравнении трех групп получены достоверные различия по преобладанию символического типа мышления у ординаторов (мыслят символами) над студентами ($p=0,007$), знакового типа - у ординаторов (мыслят знаками) над врачами ($p=0,001$), образного типа - у ординаторов (мыслят образами) над студентами ($p=0,038$), а также комбинированного типа – у ординаторов (мыслят комбинациями типов) над студентами ($p=0,045$) и над врачами ($p=0,001$).

Согласно Д. Брунеру, мышление рассматривается как перевод с одного языка на другой и, следовательно, в ситуации одновременной выраженности двух типов мышления при четырех основных языках возникает 6 вариантов перевода (высокий уровень): так по оценке средних значений во всех трех группах сравнения обнаруживается **образно-знаковый тип** («художественный

склад ума») испытуемых, который чаще преобладает у людей творческих профессий (не зря медицину часто сравнивают с искусством), что связано с открытием новых знаний, с генерацией оригинальных идей. А по оценке распространённости кроме образно-знакового типа, который выявляется у ординаторов и врачей, у студентов обнаруживается **предметно-образный тип** («практический склад ума»), когда мыслительный процесс осуществляется при практическом преобразовании реальных предметов окружающей действительности в режиме реального времени, а необходимые образы представлены в краткосрочной оперативной памяти, при этом человек привязан к действительности, что часто встречается у людей занятых производственной деятельностью, результатом которой является создание какого-то материального продукта. Хотя студенты медицинских университетов не производят конкретный материальный продукт, тем не менее их учебная работа часто сопряжена с серьёзной теоретической подготовкой и отработкой практических навыков, результатом которой является материальная оценка знаний и практических навыков, без получения которой студент не может перейти на другой этап обучения.

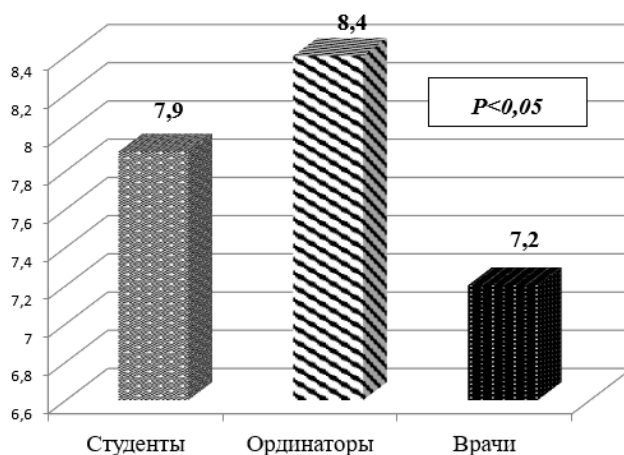


Рисунок 4. Показатели креативности в группах обучающихся по программам специалитета (n=30), ординатуры (n=300) и практикующих врачей (n=50).
 Примечание: * - $p < 0,05$.

При проведении сравнительной оценки показателей креативности в трех

группах (Рис.4) обнаружено, что группа ординаторов имеет достоверно ($p < 0,05$) более высокий средний балл (8,4 балла) по сравнению с группой врачей (7,2 балла). Согласно полученным результатам ординаторы, проходящие обучение на постдипломном этапе, более творчески подходят к делу, чем врачи. Ординаторы, являясь более креативными людьми, соответственно и более творческими в силу меньшей ответственности, склонны к нестандартным способам решения задач, способными к оригинальным и нестандартным действиям, открытию нового, созданию уникальных продуктов. Однако после окончания обучения, при выходе в реальную практическую медицинскую деятельность, т.е. становясь практикующими врачами, теряют творческую свободу выражения в связи с ограничениями в виде строгого следования практическим клиническим рекомендациями протоколам, а также соблюдения стандартов оказания медицинской помощи, наряду с повышением уровня ответственности за жизнь и состояние здоровья пациента.

3.3. Сравнительный анализ когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций у обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практикующих врачей

Общие данные подсчета баллов в группах сравнения по методике «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» представлены в таблицах 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3. Приложения Б.

Результаты сравнительного изучения когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций (ТЖС), а также ситуационных характеристик с использованием методики «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» [22] по средним значениям ($M \pm SD$), полученные на выборке студентов, ординаторов и врачей представлены в таблице 3.3.4.

Таблица 3.3.4

Сравнительная характеристика факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций по средним значениям ($M \pm SD$) в группах обучающихся по программам специалитета ($n=30$), ординатуры ($n=300$) и врачей ($n=50$)

Факторная структура когнитивного оценивания	Результат, баллы $M \pm SD$			p		
	I. Студенты ($n=30$)	II. Ординаторы ($n=300$)	III. Врачи ($n=50$)	I-II	I-III	II-III
Общие признаки трудных жизненных ситуаций (F1)	4,8±0,8	3,9±1,5	4,7±0,8	0,006	0,84	0,09
Неподконтрольность ситуации (F2)	2,5±1,3	2,3±1,2	2,5±1,2	0,83	0,91	0,44
Непонятность ситуации (F3)	2,6±1,1	2,3±1,1	2,4±0,9	0,27	0,55	0,76
Необходимость быстрого, активного реагирования (F4)	3,8±1,1	3,4±1,6	3,3±0,9	0,44	0,47	0,41
Затруднения в принятии решения (F5)	3,1±1,1	2,8±1,5	3,2±1,5	0,74	0,16	0,51
Трудности прогнозирования ситуации (F6)	2,5±1,3	2,7±1,5	2,5±1,6	0,67	0,37	0,71
Сильные эмоции (F7)	4,3±1,0	3,1±1,4	3,8±0,9	<0,001	0,74	0,10
Перспектива будущего (F8)	4,4±1,1	4,0±1,6	4,3±1,3	0,47	0,44	0,80

В факторной структуре когнитивного оценивания по средним показателям ($M \pm SD$) у студентов, ординаторов и врачей преобладают «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» (4,8±0,8; 3,9±1,5 и 4,7±0,8 балла соответственно), причем данный показатель у студентов достоверно выше, чем у ординаторов ($p=0,006$). По фактору F7 «Сильные эмоции» в трех группах сравнения также получены достоверные различия по преобладанию средних значений (4,3±1,0;

3,1±1,4 и 3,8±0,9 соответственно) у студентов над ординаторами ($p < 0,001$). Больше достоверных различий при сравнении средних значений между группами выявлено не было.

При сравнении средних показателей внутри каждой группы можно видеть некоторые отличия, а именно: студенты имеют высокие показатели по F1 «Общим признакам трудных жизненных ситуаций» (4,8±0,8), по F8 «Перспектива будущего» (4,4±1,1) и F7 «Сильные эмоции» (4,3±1,0), а наименьшие результаты демонстрируют сразу три фактора (по 2,5±1,3 балла каждый): неподконтрольность ситуации (F2) и трудности прогнозирования ситуации (F6), а также 2,6±1,1 балла непонятности ситуации (F3). Ординаторы имеют высокие показатели по F1 «Общим признакам трудных жизненных ситуаций» (3,9±1,5) и F8 «Перспектива будущего» (4,0±1,6), а наименьшие - с равными средними показателями (по 2,3±1,1 балла) по F2 «Неподконтрольность ситуации» и F3 «Непонятность ситуации». У врачей высокие показатели обнаружены по F1 «Общим признакам трудных жизненных ситуаций» (4,7±0,8) и F8 «Перспектива будущего» (4,3±1,3), а наименьшие по F2 «Неподконтрольность ситуации», F3 «Непонятность ситуации» и F6 «Трудности прогнозирования» (2,5±1,2; 2,4±0,9 и 2,5±1,6 соответственно).

Далее была проведена оценка частотных характеристик факторной структуры когнитивного оценивания в зависимости от степени выраженности трудных жизненных ситуаций ($< 4,0$ баллов и $\geq 4,0$ баллов) в каждой группе сравнения (Табл. 3.3.5; 3.3.6 и 3.3.7).

Таблица 3.3.5

Частотные характеристики факторов когнитивного оценивания ТЖС у обучающихся по программам специалитета (n=30) в зависимости от трудности ситуации

Факторная структура когнитивного оценивания	<4,0 баллов n (%)	≥4,0 баллов n (%)	p
Общие признаки трудных жизненных ситуаций (F1)	3 (10,0)	27 (90,0)	<0,001
Неподконтрольность ситуации(F2) (<3,5 баллов)	17 (56,7)	13 (43,3)	0,44
Непонятность ситуации(F3)	19 (63,3)	11 (36,7)	0,07
Необходимость быстрого, активного реагирования (F4)	11 (36,7)	19 (63,3)	0,07
Затруднения в принятии решения(F5)	19 (63,3)	11 (36,7)	0,07
Трудности прогнозирования ситуации(F6)	18 (60,0)	12 (40,0)	0,19
Сильные эмоции(F7)	5 (16,7)	25 (83,3)	<0,001
Перспектива будущего(F8)	7 (23,3)	23 (76,7)	0,0001

Частотные характеристики факторной структуры когнитивного оценивания студентов (Табл. 3.3.5) демонстрируют наименьшее число факторов с достоверными различиями, а именно: «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» ($p < 0,001$), «Сильные эмоции» ($p < 0,001$) и «Перспектива будущего» ($p = 0,0001$). При этом не было обнаружено, что по каким-либо критериям ситуация вызывает трудности у респондентов. Анализ показателей фактора «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» позволил определить, что с точки зрения когнитивного оценивания ситуация для студентов не является трудной. Остальные критерии варьируют в зависимости от содержания ситуации и личностных особенностей, однако в целом ситуация не характеризуется как сложная.

Таблица 3.3.6

Факторы когнитивного оценивания ТЖС у обучающихся по программам ординатуры (n=300) в зависимости от трудности ситуации

Факторная структура когнитивного оценивания	<4 баллов n (%)	≥4 баллов n (%)	p
Общие признаки трудных жизненных ситуаций (F1)	101 (33,7)	199 (66,3)	<0,001
Неподконтрольность ситуации(F2) (<3,5 баллов)	199 (66,3)	101 (33,7)	<0,001
Непонятность ситуации(F3)	224 (74,7)	76 (25,3)	<0,001
Необходимость быстрого, активного реагирования (F4)	140 (46,7)	160 (53,3)	0,12
Затруднения в принятии решения(F5)	166 (55,3)	134 (44,7)	0,014
Трудности прогнозирования ситуации(F6)	171 (57,0)	129 (43,0)	0,001
Сильные эмоции(F7)	159 (53,0)	141 (47,0)	0,17
Перспектива будущего(F8)	83 (27,7)	217 (72,3)	0,0001

При исследовании когнитивного оценивания ситуаций, а также ситуационных характеристик по распространенности (Табл. 3.3.6) у ординаторов было обнаружено больше чем у студентов достоверных различий, а именно: по таким критериям, как «Общие признаки трудных ситуаций» ($p < 0,001$), «Неподконтрольность ситуации» ($p < 0,001$), «Непонятность ситуации» ($p < 0,001$), «Затруднения в принятии решения» ($p = 0,014$), «Трудности прогнозирования ситуации» ($p = 0,001$) и «Перспектива будущего» ($p = 0,0001$), однако анализ частотных показателей свидетельствует о том, что ординаторы чаще испытывают трудности только по общим признакам трудных ситуаций и их больше заботит перспектива будущего, а по остальным факторам респонденты не испытывают трудностей.

Таблица 3.3.7

Факторы когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций в группе врачей (n=50) в зависимости от трудности ситуации

Факторная структура когнитивного оценивания	<4 баллов n (%)	≥4 баллов n (%)	p
Общие признаки трудных жизненных ситуаций (F1)	10 (20,0)	40 (80,0)	0,0001
Неподконтрольность ситуации(F2) (<3,5 баллов)	35 (70,0)	15 (30,0)	0,001
Непонятность ситуации(F3)	45 (90,0)	5 (10,0)	0,0001
Необходимость быстрого, активного реагирования (F4)	35 (70,0)	15 (30,0)	0,001
Затруднения в принятии решения(F5)	35 (70,0)	15 (30,0)	0,001
Трудности прогнозирования ситуации(F6)	45 (90,0)	5 (10,0)	0,0001
Сильные эмоции(F7)	25 (50,0)	25 (50,0)	0,84
Перспектива будущего(F8)	20 (40,0)	30 (60,0)	0,072

При исследовании когнитивного оценивания ситуаций, а также ситуационных характеристик по распространенности (Табл. 3.3.7) у врачей было обнаружено больше чем у ординаторов достоверных различий, а именно: по таким критериям, как «Общие признаки трудных ситуаций» ($p=0,0001$), «Неподконтрольность ситуации» ($p=0,001$), «Непонятность ситуации» ($p=0,0001$), «Необходимость быстрого, активного реагирования» ($p=0,001$), «Затруднения в принятии решения» ($p=0,014$), «Трудности прогнозирования ситуации» ($p=0,001$) и «Перспектива будущего» ($p=0,0001$), однако анализ частотных показателей свидетельствует о том, что врачи чаще испытывают трудности только по общим признакам трудных ситуаций, а по остальным факторам респонденты не испытывают трудностей.

Далее проведена сравнительная оценка факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций в группах обучающихся по программам специалитета и ординатуры, а также практических врачей в зависимости от трудности ситуации (<4 баллов и ≥4 баллов) и обнаружены различия в группах сравнения, представленные в таблицах 3.3.8 и 3.3.9.

Таблица 3.3.8

Сравнительная характеристика факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций в группах обучающихся по программам специалитета (n=30), ординатуры (n=300) и врачей (n=50) в зависимости от трудности ситуации (<4 баллов)

Факторная структура когнитивного оценивания	Распределение признака <i>n (%)</i>			<i>p</i>		
	I. Студенты (n=30)	II. Ординаторы (n=300)	III. Врачи (n=50)	I-II	I-III	II-III
Общие признаки трудных жизненных ситуаций (F1)	3 (10,0)	101 (33,7)	10 (20,0)	0,014	0,39	0,08
Неподконтрольность ситуации (F2) (<3,5 баллов)	17 (56,7)	199 (66,3)	35 (70,0)	0,38	0,33	0,73
Непонятность ситуации (F3)	19 (63,3)	224 (74,7)	45 (90,0)	0,26	0,01	0,027
Необходимость быстрого, активного реагирования (F4)	11 (36,7)	140 (46,7)	35 (70,0)	0,39	0,007	0,004
Затруднения в принятии решения (F5)	19 (63,3)	166 (55,3)	35 (70,0)	0,52	0,71	0,08
Трудности прогнозирования ситуации (F6)	18 (60,0)	171 (57,0)	45 (90,0)	0,90	0,003	0,012
Сильные эмоции (F7)	5 (16,7)	159 (53,0)	25 (50,0)	0,001	0,006	0,81
Перспектива будущего (F8)	7 (23,3)	83 (27,7)	20 (40,0)	0,76	0,19	0,11

При сравнительной оценке менее трудных ситуаций (<4 баллов) между группами (Табл. 3.3.8) достоверно большая часть ординаторов по сравнению со студентами отмечает фактор F1 (33,7%>10,0%, $p=0,014$), а это означает, что

ординаторы легче переносят общие признаки трудных ситуаций, чем студенты, что скорей всего связано с большим опытом медицинской деятельности. По факторам F3, F4 и F6 достоверно большая часть врачей по сравнению со студентами ($90,0\% > 63,3\%$, $p=0,01$; $70,0\% > 36,7\%$, $p=0,007$; $90,0\% > 60,0\%$, $p=0,003$, соответственно) и по сравнению с ординаторами ($90,0\% > 74,7\%$, $p=0,027$; $70,0\% > 46,7\%$, $p=0,004$; $90,0\% > 57,0\%$, $p=0,012$, соответственно) меньше испытывают трудности с непонятностью ситуации, необходимостью активного и быстрого реагирования, а также с трудностями прогнозирования ситуации, - в силу большего опыта практической медицинской деятельности. Однако по фактору F7 большая часть ординаторов ($53,0\% > 16,7\%$, $p=0,001$) и врачей ($50,0\% > 16,7\%$, $p=0,006$) по сравнению со студентами испытывает меньше сильных эмоций, по-видимому, также в силу большего опыта практической медицинской деятельности.

Таблица 3.3.9

Сравнительная характеристика факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций в группах обучающихся по программам специалитета (n=30), ординатуры (n=300) и преподавателей (n=50) в зависимости от трудности ситуации (≥ 4 баллов)

Факторная структура когнитивного оценивания	Распределение признака <i>n (%)</i>			<i>p</i>		
	I. Студенты (n=30)	II. Ординаторы (n=300)	III. Врачи (n=50)	I-II	I-III	II-III
Общие признаки трудных жизненных ситуаций (F1)	27 (90,0)	199 (66,3)	40 (80,0)	0,008	0,39	0,08
Неподконтрольность ситуации (F2) (>3,5 баллов)	13 (43,3)	101 (33,7)	15 (30,0)	0,39	0,33	0,73
Непонятность ситуации (F3)	11 (36,7)	76 (25,3)	5 (10,0)	0,26	0,01	0,028
Необходимость быстрого, активного реагирования (F4)	19 (63,3)	160 (53,3)	15 (30,0)	0,39	0,007	0,004
Затруднения в принятии решения (F5)	11 (36,7)	134 (44,7)	15 (30,0)	0,52	0,71	0,07
Трудности прогнозирования ситуации (F6)	12 (40,0)	129 (43,0)	5 (10,0)	0,91	0,004	0,001
Сильные эмоции (F7)	25 (83,3)	141 (47,0)	25 (50,0)	0,0003	0,006	0,81
Перспектива будущего (F8)	23 (76,7)	217 (72,3)	30 (60,0)	0,77	0,19	0,11

При сравнительном анализе более трудных ситуаций (≥ 4 баллов) между группами (Табл. 3.3.9) обнаружено, что достоверно большая часть студентов по сравнению с ординаторами имеет общие признаки трудных жизненных ситуаций

(90,0%>66,3%, p=0,008).

Для ординаторов и студентов по сравнению с врачами достоверно более выражена непонятность ситуации (p=0,01 и p=0,028 соответственно), необходимость быстрого, активного реагирования (p=0,007 и p=0,004 соответственно) и трудности прогнозирования ситуации (p=0,004 и p=0,001 соответственно), что связано с меньшим опытом практической медицинской деятельности. Однако достоверно больше сильных эмоций испытывают студенты по сравнению с ординаторами (p=0,0003) и с врачами (p=0,006), т.к. большинство студентов впервые сталкиваются с реальными проблемами жизнедеятельности организма человека, вопросами ухудшения здоровья, а также рождения и смерти человека.

3.4. Исследование синдрома эмоционального выгорания

Общие данные подсчета баллов в группах сравнения по методике «Синдром эмоционального выгорания» [30] представлены в таблицах 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3. Приложения Б.

3.4.1. Сравнение синдрома эмоционального выгорания по средним значениям полученных баллов у студентов, ординаторов и врачей

Следующим этапом исследования было сравнение показателей синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у студентов, ординаторов и врачей. Проанализированы результаты эмпирического исследования СЭВ у 30 студентов (Табл.3.4.1.1) и 300 ординаторов (Табл.3.4.1.2), в качестве основных групп, и 50 врачей (Табл.3.4.1.3), в качестве контрольной группы, всего 380 испытуемых.

Таблица 3.4.1.1

Результаты подсчета средних баллов по каждому симптому СЭВ в основной группе I (студенты, n=30) (методика Бойко В.В.)

Фазы	Напряжение				Резистенция				Истощение			
	ППО	НС	ЗвК	ТиД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ПиПВН
Ср. знач	12,33	6,9	3,9	14,43	19,5	11,97	14,47	13,1	11,33	8,83	8,6	9,03
Ст. откл	5,27	2,97	3,75	8,47	4,37	5,7	11,06	6,05	3,98	5,17	6,72	4,31
Хар-ка с-ма	СКС	HeC	HeC	СКС	СС	СКС	СКС	СКС	СКС	HeC	HeC	HeC

Сначала были подсчитаны баллы по каждому симптому и стадии СЭВ, определены их средние значения ($M \pm SD$) в каждой группе, проведена категоризация числовых выражений (характеристика симптомов и фаз согласно методике Бойко В.В.) (Табл. 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, Приложения 2), а затем было проведено сравнение полученных результатов в основных (I, II) и контрольной (III) группах с определением степени достоверности (p). Далее описаны частотные характеристики, полученные на изучаемой выборке.

Таблица 3.4.1.2

Результаты подсчета средних баллов по каждому симптому СЭВ в основной группе II (ординаторы, n=300) (методика Бойко В.В.)

Фазы	Напряжение				Резистенция				Истощение			
	ППО	НС	ЗвК	ТиД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ПиПВН
Ср. знач	9,39	5,22	3,58	10,25	16,38	11,05	12,66	14,46	10,67	11,6	8,22	6,98
Ст. откл	6,31	3,9	3,49	6,29	5,98	4,6	9,4	6,5	6,14	4,89	6,09	4,86
Хар-ка с-ма	HeC	HeC	HeC	СКС	СС	СКС	СКС	СКС	СКС	СКС	HeC	HeC

Анализируя средние значения по каждому симптому СЭВ (Табл. 3.4.1, 3.4.1.2 и Табл. 3.4.1.3), не обнаружено доминирующего бального показателя (ДС) ни в одной из групп сравнения. Сложившихся симптомов (СС) больше выявлено в контрольной III группе, чем в основных II и III группах (2 против 1 и 1 соответственно), причему студентов и ординаторов обнаружено по одному одинаковому симптому - неадекватное эмоциональное избирательное реагирование (НЭИР) $19,5 \pm 4,37$ и $16,38 \pm 5,98$ баллов соответственно, а у врачей: НЭИР ($16,58 \pm 6,29$) и расширение сферы экономии эмоций (РСЭЭ) $16,82 \pm 11,44$. Складывающихся симптомов (СКС) всего оказалось равное количество по 6 в каждой группе, причем группы отличались по отдельным симптомам. Так, обе основные группы имели схожие показатели в рамках определения СКС по следующим 5 симптомам: тревога и депрессия (ТиД), эмоционально-нравственная дезориентация (ЭНД), расширение сферы экономии эмоций (РСЭЭ), редукция профессиональных обязанностей (РПО) и эмоциональный дефицит (ЭД). Различия в основных группах заключались в следующем: у студентов шестым СКС был симптом переживания психотравмирующих обстоятельств (ППО) ($12,33 \pm 5,27$), относящийся к фазе напряжения, а у ординаторов – эмоциональная отстраненность (ЭО) ($11,6 \pm 4,89$), относящаяся к фазе истощения, что свидетельствует о более выраженном СЭВ у обучающихся по программам ординатуры, чем специалитета.

Таблица 3.4.1.3

Результаты подсчета средних баллов по каждому симптому СЭВ в контрольной Группе III (врачи, n=50) (методика Бойко В.В.)

Фазы СЭВ	Напряжение				Резистенция				Истощение			
Симпто м СЭВ	ППО	НС	ЗвК	Тид	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ПиПВН
Ср. Знач.	10,78	4,96	3,26	11,58	16,58	11,2	16,82	15,04	10,12	11,12	8,1	8,26
Ст. Откл.	7,74	5,68	3,77	7,14	6,29	5,85	11,44	7,34	7,88	6,64	7,09	6,44
Хар-ка симптома	СКС	НС	НС	СКС	СС	СКС	СС	СКС	СКС	СКС	НС	НС

В контрольной группе обнаружено также всего 6 СКС, но в отличие от основных групп СКС полностью формируют фазу резистенции (вместе с двумя симптомами СС) и два симптома фазы истощения, как и в группе ординаторов, но имеет один симптом в фазе напряжения (ППО: $10,78 \pm 7,74$), демонстрируя более выраженный СЭВ по средним показателям у врачей. Несложившихся симптомов (НС) было больше в основных группах, чем в контрольной группе (по 5 против 4 соответственно), что также подтверждает меньшую выраженность СЭВ у обучающихся по программам специалитета и ординатуры по сравнению с практическими врачами.

Полученные результаты по средним показателям свидетельствуют о том, что студенты и ординаторы по сравнению с врачами имеют менее выраженные симптомы СЭВ (доминирующих – 0 во всех трех группах, сложившихся – по 1 против 2, складывающихся – по 6 в каждой группе, не сложившихся – по 5 против 4 соответственно) по причине того, что обучающиеся по программам специалитета и ординатуры испытывают меньше стрессовых нагрузок и эмоционального напряжения при меньшем уровне ответственности по сравнению с практикующими врачами.

Таблица 3.4.1.4

Сравнительная характеристика симптомов эмоционального выгорания по средним показателям в группах обучающихся по программам специалитета (n=30), ординатуры (n=300) и врачей (n=50)

	Симп томы СЭВ	Результат, баллы (M±SD)			P		
		I. Студенты (n=30)	II. Ординаторы (n=300)	III. Врачи (n=50)	I-II	I-III	II-III
Напряжение	ППО	12,3±6,2	9,3±7,4	14,2±10,9	0,03	0,76	0,053
	НС	6,9±3,5	5,2±5,5	10,7±8,8	0,005	0,81	0,035
	ЗвК	3,9±2,3	3,5±4,7	7,6±5,1	0,87	0,14	0,035
	ТиД	14,2±9,7	10,2±7,8	12,0±8,6	0,044	0,29	0,34
Резистенция	НЭИ Р	19,5±5,3	16,3±7,3	20,0±8,4	0,049	0,20	0,002
	ЭНД	11,9±6,4	11,0±6,0	13,9±8,4	0,63	0,33	0,10
	РСЭЭ	14,4±13,8	12,6±11,1	18,6±14,8	0,65	0,43	0,19
	РПО	13,1±6,9	14,4±7,4	19,2±7,9	0,46	0,002	0,003
Истощение	ЭД	11,3±4,9	10,6±7,4	13,7±8,9	0,37	0,35	0,09
	ЭО	8,8±6,4	11,6±6,4	11,7±8,8	0,043	0,25	0,61
	ЛО	8,6±8,2	8,2±7,3	13,0±9,9	0,96	0,067	0,015
	ПиП ВН	9,0±6,3	6,9±6,0	11,8±8,8	0,07	0,44	0,015

Согласно таблице 3.4.1.4 достоверные статистические различия были получены по преобладанию средних показателей по следующим симптомам: ППО у студентов над ординаторами (p=0,03), НС у студентов над ординаторами (p=0,005) и у врачей над ординаторами (p=0,035), ЗвК у врачей над ординаторами (0,035), ТиД у студентов над ординаторами (p=0,044); НЭИР у студентов над ординаторами (p=0,049) и у врачей над ординаторами (p=0,002), РПО у врачей над студентами (p=0,002) и у врачей над ординаторами; ЭО у ординаторов над студентами, ЛО у врачей над ординаторами (p=0,015) и ПиПВН у врачей над

ординаторами. При этом следует отметить обнаруженную тенденцию к достоверности преобладания ЛО у врачей над студентами ($p=0,067$) и ПиПВН у студентов над ординаторами ($p=0,07$). Полученные данные свидетельствуют о постепенном формировании синдрома эмоционального выгорания и нарастании выраженности отдельных симптомов СЭВ уже на этапах получения высшего образования (от специалитета к ординатуре).

3.4.2. Сравнение синдрома эмоционального выгорания по частотным характеристикам у студентов, ординаторов и врачей

Анализ частотных характеристик симптомов СЭВ представлен отдельно по фазам в сравнительном аспекте между исследуемыми группами в таблице 3.4.2.1 - «Напряжение», 3.4.2.2 – «Резистенция» и 3.4.2.3 - «Истощение».

Таблица 3.4.2.1

Сравнительная частотная характеристика симптомов СЭВ в фазе «Напряжение» в основных I ($n=30$), II ($n=300$) и контрольной III ($n=50$) группах

Фаза	Симптом	Выраженность	I. Студенты n(%)	II. Ординаторы n (%)	III. Врачи n (%)	p		
						I-II	I-III	II-III
Напряжение	ППО	Не сложившийся	10 (33,3)	156 (52,0)	18 (36,0)	0,08	0,96	0,052
		Складывающийся	11 (36,7)	72 (24,0)	20 (40,0)	0,19	0,95	0,027
		Сложившийся	9 (30,0)	72 (24,0)	12 (24,0)	0,61	0,74	0,86
	НС	Не сложившийся	22 (73,3)	258 (86,0)	30 (60,0)	0,11	0,33	0,001
		Складывающийся	8 (26,7)	30 (10,0)	10 (20,0)	0,015	0,67	0,069
		Сложившийся	0 (0,0)	12 (4,0)	10 (20,0)	0,54	0,023	0,0001
	ЗвК	Не сложившийся	25 (83,3)	270 (90,0)	38 (76,0)	0,41	0,62	0,01
		Складывающийся	5 (16,7)	15 (5,0)	8 (16,0)	0,031	0,81	0,009
		Сложившийся	0 (0,0)	15 (5,0)	4 (8,0)	0,43	0,29	0,60
	ТИД	Не сложившийся	9 (30,0)	141 (47,0)	22 (44,0)	0,0001	0,31	0,81
		Складывающийся	7 (23,3)	93 (31,0)	20 (40,0)	0,51	0,19	0,27
		Сложившийся	14 (46,7)	66 (22,0)	8 (16,0)	0,005	0,007	0,43

В фазе «Напряжение» (Табл.3.4.2.1) обнаружены достоверные различия по преобладанию частоты встречаемости СС по двум симптомам: НС у врачей над студентами ($p=0,023$) и у врачей над ординаторами ($p=0,0001$), а также ТиД у студентов над ординаторами ($p=0,005$) и у студентов над врачами. Достоверные различия были также получены по преобладанию частоты встречаемости характеристики СКС по следующим симптомам: ППО у врачей над ординаторами ($p=0,027$), НС у студентов над ординаторами ($p=0,015$), ЗвК у студентов над ординаторами ($p=0,031$) и у врачей над ординаторами ($p=0,009$), а также с тенденцией к достоверности по НС у врачей над ординаторами ($p=0,069$). Не сложившиеся симптомы НС достоверно чаще встречались у ординаторов над врачами ($p=0,001$), ЗвК - у ординаторов над врачами ($p=0,01$), а ТиД - у ординаторов над студентами ($p=0,0001$), а по ППО обнаружена тенденция к достоверности преобладания у ординаторов над врачами ($p=0,052$).

Таблица 3.4.2.2

Сравнительная характеристика симптомов СЭВ в фазе «Резистенция» в основных I (n=30), II (n=300) и контрольной III (n=50) группах

Фаза	Симп-том	Выражен-ность	Студе-нты n (%)	П. Орди-наторы n (%)	Ш. Вра-чи n (%)	p		
						I-II	I-III	II-III
Резистен-ция	НЭИР	Не сложившийся	0 (0,0)	36 (12,0)	7 (14,0)	0,088	0,082	0,87
		Складывающийся	9 (30,0)	117 (39,0)	5 (10,0)	0,44	0,048	0,0001
		Сложившийся	21 (70,0)	147 (49,0)	38 (76,0)	0,045	0,74	0,0007
	ЭНД	Не сложившийся	11 (36,7)	114 (38,0)	15 (30,0)	0,96	0,71	0,35
		Складывающийся	9 (30,0)	141 (47,0)	13 (26,0)	0,11	0,89	0,009
		Сложившийся	10 (33,3)	45 (15,0)	22 (44,0)	0,021	0,48	0,0001
	РСЭЭ	Не сложившийся	14 (46,7)	147 (49,0)	20 (40,0)	0,96	0,73	0,30
		Складывающийся	5 (16,7)	60 (20,0)	10 (20,0)	0,84	0,94	0,85
		Сложившийся	11 (36,7)	93 (31,0)	20 (40,0)	0,67	0,95	0,27
	РПО	Не сложившийся	9 (30,0)	102 (34,0)	4 (6,0)	0,81	0,023	0,0004
		Складывающийся	10 (33,3)	63 (21,0)	17 (34,0)	0,19	0,85	0,065
		Сложившийся	11 (36,7)	135 (45,0)	29 (60,0)	0,49	0,11	0,12

В фазе «Резистенция» (Табл.3.4.2.2) получены достоверные различия по преобладанию частоты встречаемости СС по двум симптомам: НЭИР у студентов над ординаторами ($p=0,045$) и врачей над ординаторами ($p=0,007$), а также ЭНД у студентов над ординаторами ($p=0,021$) и у врачей над ординаторами ($p=0,001$). Достоверные различия были получены по следующим симптомам: НЭИР у студентов над врачами ($p=0,048$) и у ординаторов над врачами ($p=0,0001$), а также ЭНД у ординаторов над врачами ($p=0,009$). Не сложившиеся симптомы РПО достоверно чаще встречались у студентов над врачами ($p=0,023$), также как у ординаторов над врачами ($p=0,0004$).

Таблица 3.4.2.3

Сравнительная характеристика симптомов СЭВ в фазе «Истощение» в основных I (n=30), II (n=300) и контрольной III (n=50) группах

Фаза	Симптом	Выраженность	I. Студенты n (%)	II. Ордinatоры n (%)	III. Врачи n (%)	p		
						I-II	I-III	II-III
Истощение	ЭД	Не сложившийся	9 (30,0)	135 (45,0)	17 (34,0)	0,17	0,90	0,19
		Складывающийся	16 (53,3)	96 (32,0)	17 (34,0)	0,031	0,14	0,91
		Сложившийся	5 (16,7)	69 (23,0)	16 (32,0)	0,57	0,21	0,23
	ЭО	Не сложившийся	15 (50,0)	111 (37,0)	23 (46,0)	0,23	0,91	0,29
		Складывающийся	10 (33,3)	138 (46,0)	15 (30,0)	0,26	0,95	0,052
		Сложившийся	5 (16,7)	51 (17,0)	12 (24,0)	0,83	0,62	0,32
	ЛО	Не сложившийся	18 (60,0)	186 (62,0)	20 (40,0)	0,98	0,13	0,005
		Складывающийся	6 (20,0)	72 (24,0)	20 (40,0)	0,79	0,11	0,027
		Сложившийся	6 (20,0)	42 (14,0)	10 (20,0)	0,54	0,77	0,37
ПиПВН	Не сложившийся	19 (63,3)	213 (71,0)	22 (44,0)	0,51	0,14	0,001	
	Складывающийся	9 (30,0)	57 (19,0)	18 (36,0)	0,23	0,76	0,012	
	Сложившийся	2 (6,7)	30 (10,0)	10 (20,0)	0,79	0,19	0,069	

В фазе «Истощение» (Табл.3.4.2.3) не было получено достоверных различий по преобладанию частоты встречаемости СС, однако была обнаружена тенденция к достоверности по преобладанию симптома ПиПВН у врачей над ординаторами ($p=0,069$). Достоверные различия были получены по преобладанию частоты встречаемости характеристики СКС по следующим симптомам: ЭД у студентов над ординаторами ($p=0,031$), ЛО у врачей над ординаторами ($p=0,027$) и ПиПВН у врачей над ординаторами ($p=0,012$). Также обращает на себя внимание и обнаруженная тенденция к достоверности по симптому ЭО у ординаторов над врачами ($p=0,052$). Не сложившиеся симптомы

ЛО и ПиПВН достоверно чаще встречались у ординаторов над врачами ($p=0,005$ и $p=0,001$ соответственно).

Сравнение частоты встречаемости сложившегося симптома (СС) в структуре СЭВ у студентов ($n=30$), ординаторов ($n=300$) и врачей ($n=50$) наглядно представлено на рисунке 5.

При анализе фаз СЭВ (Табл.3.4.2.4) обнаружены достоверные различия по преобладанию частоты встречаемости только сформировавшейся фазы «Резистенция» у врачей над ординаторами ($p=0,016$). Однако в фазе «Напряжения» по формирующейся стадии получена тенденция к достоверности преобладания у врачей над ординаторами ($p=0,064$), а по не сформировавшейся стадии также получена тенденция к достоверности преобладания у ординаторов над врачами ($p=0,061$). В фазе «Истощение» достоверных различий между группами получено не было.

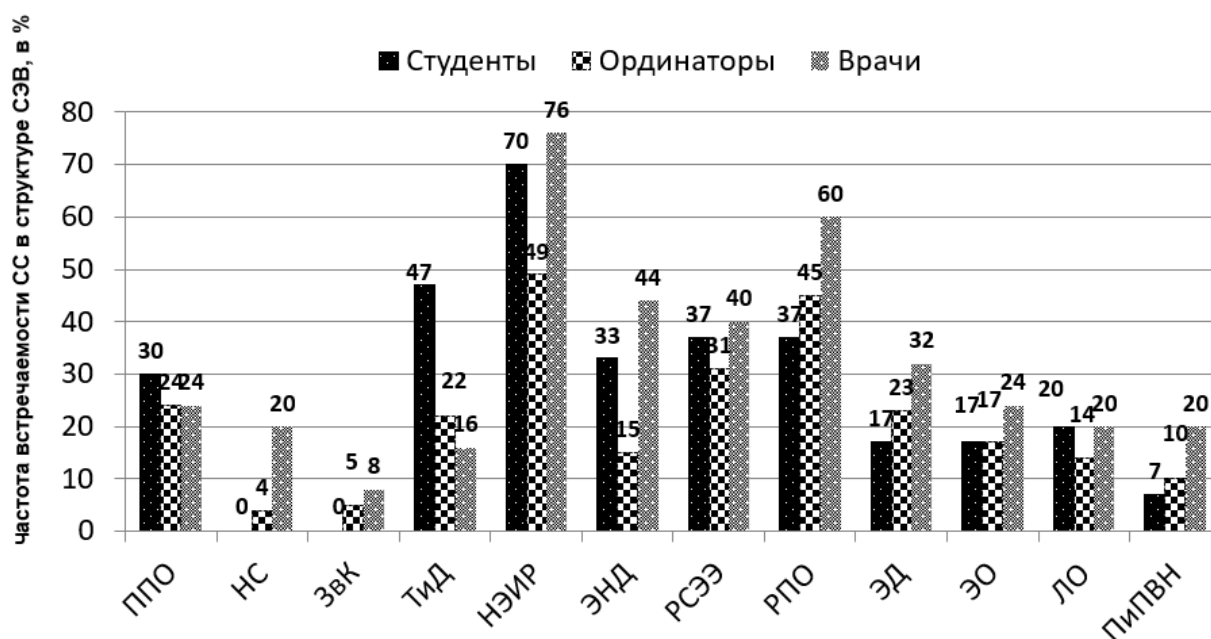


Рисунок 5. Сравнение частоты встречаемости сложившегося симптома (СС) в структуре СЭВ у студентов ($n=30$), ординаторов ($n=300$) и врачей ($n=50$).

Таблица 3.4.2.4

Сравнительная характеристика фаз СЭВ в зависимости от уровня их сформированности в основных I (n=30), II (n=300) и контрольной III (n=50) группах

Фаза	Выраженность	I. Студенты (n=30) n (%)	II. Ординаторы (n=300) n (%)	III. Врачи (n=50) n (%)	p		
					I-II	I-III	II-III
Напряжение	Не сформированная	17 (56,7)	206 (68,7)	27 (54,0)	0,26	0,96	0,061
	Формирующаяся	8 (26,7)	53 (17,7)	15 (30,0)	0,84	0,94	0,064
	Сформированная	6 (20,0)	41 (13,7)	9 (18,0)	0,50	0,94	0,55
Резистенция	Не сформированная	9 (30,0)	100 (33,3)	12 (24,0)	0,87	0,74	0,25
	Формирующаяся	8 (26,7)	95 (31,7)	11 (22,0)	0,72	0,84	0,23
	Сформированная	13 (43,3)	105 (35,0)	27 (54,0)	0,47	0,49	0,016
Истощение	Не сформированная	15 (50,0)	161 (53,7)	21 (42,0)	0,84	0,64	0,17
	Формирующаяся	9 (30,0)	91 (30,3)	18 (36,0)	0,86	0,76	0,52
	Сформированная	5 (16,7)	48 (16,0)	12 (24,0)	0,87	0,62	0,24

3.4.3. Сравнение синдрома эмоционального выгорания по частоте встречаемости суммированных категорий, отражающих динамику роста СЭВ, у студентов, ординаторов и врачей

Учитывая тот факт, что складывающийся и сложившийся симптомы, как и формирующаяся и сформированная фазы, отражают динамику выраженности СЭВ, далее дополнительно были проанализированы суммы их частотных характеристик в сравнении с не сложившимися симптомами и не сформированными фазами соответственно, результаты которых по группам сравнения представлены в таблицах 3.4.3.1 (студенты), 3.4.3.2 (ординаторы) и 3.4.3.3 (врачи).

Таблица 3.4.3.1

Сравнительная частотная характеристика симптомов синдрома эмоционального выгорания в зависимости от их выраженности (по сумме СКС и СС) в группе обучающихся по программе специалитета (n=30)

Фаза	Симптом	Выраженность		p
		Не сложившийся n (%)	Складывающийся/ сложившийся n (%)	
Напряжение	ППО	10 (33,3)	20 (66,7)	0,02
	НС	22 (73,3)	8 (26,7)	0,001
	ЗвК	25 (83,3)	5 (16,7)	0,001
	Тид	9 (30,0)	21 (70,0)	0,004
Резистенция	НЭИР	0 (0,0)	30 (100,0)	0,001
	ЭНД	11 (36,7)	19 (63,3)	0,07
	РСЭЭ	14 (46,7)	16 (53,3)	0,79
	РПО	9 (30,0)	21 (70,0)	0,004
Истощение	ЭД	9 (30,0)	21 (70,0)	0,004
	ЭО	15 (50,0)	15 (50,0)	0,80
	ЛО	18 (60,0)	12 (40,0)	0,19
	ПиПВН	19 (63,3)	11 (36,7)	0,07

Согласно таблице 3.4.3.1 у студентов суммы СКС и СС всех симптомов, входящих в фазу напряжения, показали достоверные различия по сравнению с категорией «не сложившийся симптом», причем по симптомам ППО и Тид суммы СКС и СС были достоверно выше ($p=0,02$ и $p=0,004$ соответственно), а по НС и ЗвК – достоверно ниже ($p=0,001$ и $p=0,001$ соответственно), чем «не сложившиеся» симптомы. В фазе резистенции только по двум симптомам, а именно: НЭИР и РПО, суммы СКС и СС были достоверно больше ($p=0,001$ и $p=0,004$ соответственно) «не сложившихся» симптомов. В фазе истощения

только ЭД показал достоверное преобладание суммы СКС и СС над «не сложившимися» симптомами ($p=0,004$).

Таблица 3.4.3.2

Сравнительная характеристика симптомов синдрома эмоционального выгорания в зависимости от их выраженности в группе обучающихся по программе ординатуры ($n=300$)

Фаза	Симптом	Выраженность		<i>p</i>
		Не сложившийся n (%)	Складывающийся/ сложившийся n (%)	
Напряжение	ППО	156 (52,0)	144 (48,0)	0,37
	НС	258 (86,0)	42 (14,0)	0,001
	ЗвК	270 (90,0)	30 (10,0)	0,001
	ТИД	141 (47,0)	159 (53,0)	0,17
Резистенция	НЭИР	36 (12,0)	264 (88,0)	0,001
	ЭНД	114 (38,0)	186 (62,0)	0,001
	РСЭЭ	147 (49,0)	153 (51,0)	0,68
	РПО	102 (34,0)	198 (66,0)	0,001
Истощение	ЭД	135 (45,0)	165 (55,0)	0,018
	ЭО	111 (37,0)	189 (63,0)	0,001
	ЛО	186 (62,0)	114 (38,0)	0,001
	ПиПВН	213 (71,0)	87 (29,0)	0,001

Согласно таблице 3.4.3.2 у ординаторов результаты статистической обработки несколько отличались от студентов. Так суммы СКС и СС двух симптомов, входящих в фазу напряжения, а именно по НС и ЗвК оказались достоверно выше ($p=0,001$ и $p=0,001$ соответственно), чем «не сложившиеся» симптомы. В фазе резистенции уже по трем симптомам, а именно: НЭИР, ЭНД и РПО, суммы СКС и СС были достоверно больше (по $p=0,001$ каждый

соответственно) «не сложившихся» симптомов. В фазе истощения, наоборот, все четыре симптома показали достоверные различия, однако по двум из них, а именно по ЭД и ЭО достоверно преобладали суммы СКС и СС над «не сложившимися» симптомами ($p=0,018$ и $p=0,001$ соответственно), а по ЛО и ПиПВН, наоборот, преобладали «не сложившиеся» симптомы над суммой СКС и СС (по $p=0,001$ каждому соответственно).

Таблица 3.4.3.3

Сравнительная характеристика симптомов синдрома эмоционального выгорания в зависимости от их выраженности в группе врачей ($n=50$)

Стадия	Симптом	Выраженность		<i>p</i>
		Не сложившийся n (%)	Складывающийся/ сложившийся n (%)	
Напряжение	ППО	18 (36,0)	32 (64,0)	0,009
	НС	30 (60,0)	20 (40,0)	0,072
	ЗвК	38 (76,0)	12 (24,0)	0,001
	ТИД	22 (44,0)	28 (56,0)	0,31
Резистенция	НЭИР	7 (14,0)	43 (86,0)	0,001
	ЭНД	15 (30,0)	35 (70,0)	0,001
	РСЭЭ	20 (40,0)	30 (60,0)	0,072
	РПО	4 (6,0)	46 (94,0)	0,001
Истощение	ЭД	17 (34,0)	33 (66,0)	0,003
	ЭО	23 (46,0)	27 (54,0)	0,55
	ЛО	20 (40,0)	30 (60,0)	0,072
	ПиПВН	22 (44,0)	28 (56,0)	0,31

В контрольной группе у врачей согласно таблице 3.4.3.3 в фазе напряжения обнаружены два симптома, а именно ППО и ЗвК, однако разнонаправленного характера. Так симптом ППО продемонстрировал достоверные различия преобладания суммы СКС и СС ($p=0,009$) над «не сложившимися» симптомами,

а ЗвК, наоборот, показал преобладание «не сложившихся» симптомом над суммой СКС и СС ($p=0,001$). В фазе резистенции по НЭИР, ЭНД и РПО частотные характеристики были достоверно выше по сумме СКС и СС (по $p=0,001$ каждый соответственно). В фазе истощения только по ЭД получены достоверные различия преобладания суммы СКС и СС над «не сложившимися» симптомами ($p=0,003$).

Таблица 3.4.3.4

Сравнительная характеристика *складывающихся/сложившихся* симптомов СЭВ в группах обучающихся по программам специалитета, ординатуры и врачей

Симптом	I. Студенты (n=30)	II. Ординаторы (n=300)	III. Врачи (n=50)	p		
				I-II	I-III	II-III
ППО	20 (66,7)	144 (48,0)	32 (64,0)	0,079	0,96	0,052
НС	8 (26,7)	42 (14,0)	20 (40,0)	0,11	0,33	0,001
ЗвК	5 (16,7)	30 (10,0)	12 (24,0)	0,0004	0,62	0,01
ТИД	21 (70,0)	159 (53,0)	28 (56,0)	0,11	0,31	0,81
НЭИР	30 (100,0)	264 (88,0)	43 (86,0)	0,089	0,082	0,87
ЭНД	19 (63,3)	186 (62,0)	35 (70,0)	0,96	0,71	0,35
РСЭЭ	16 (53,3)	153 (51,0)	30 (60,0)	0,95	0,73	0,30
РПО	21 (70,0)	198 (66,0)	46 (94,0)	0,81	0,023	0,0004
ЭД	21 (70,0)	165 (55,0)	33 (66,0)	0,17	0,90	0,19
ЭО	15 (50,0)	189 (63,0)	27 (54,0)	0,23	0,91	0,29
ЛО	12 (40,0)	114 (38,0)	30 (60,0)	0,98	0,13	0,006
ПиПВН	11 (36,7)	87 (29,0)	28 (56,0)	0,43	0,15	0,003

Далее было проведено сравнение сумм СКС и СС по каждому симптому СЭВ между основными (I, II) и контрольной (III) группами. Согласно данных, представленных в таблице 3.4.3.4., достоверные различия были получены только по пяти симптомам СЭВ, а именно: НС, ЗвК, РПО, ЛО и ПиПВН. Так

«неудовлетворенность собой» чаще встречалась у врачей, чем у ординаторов ($p=0,001$), «загнанность в клетку» - у студентов, чем у ординаторов ($p=0,0004$) и у врачей, чем у ординаторов ($0,01$), «редукция профессиональных обязанностей» - у врачей, чем студентов ($p=0,023$) и у врачей, чем у ординаторов ($p=0,0004$), «личностная отстраненность» и «психосоматические и психовегетативные нарушения» - у врачей, чем ординаторов ($p=0,006$ и $p=0,003$ соответственно), что свидетельствует о достоверно менее частой встречаемости данных симптомов у обучающихся по программам высшего образования.

Таблица 3.4.3.5

Сравнительная характеристика *формирующихся/сформированных* стадий по фазам СЭВ в группах обучающихся по программам специалитета ($n=30$), ординатуры ($n=300$) и врачей ($n=50$)

Фаза	I. Студенты n (%)	II. Ординаторы n (%)	III. Врачи n (%)	p		
				I-II	I-III	II-III
Напряжение	14 (46,7)	94 (31,3)	24 (48,0)	0,13	0,91	0,032
Резистенция	21 (70,0)	200 (66,7)	38 (76,0)	0,11	0,036	0,25
Истощение	14 (46,7)	139 (46,3)	30 (60,0)	0,87	0,35	0,10

Сравнительные данные по сумме формирующихся и сформированных стадий фаз СЭВ в основных (I, II) и контрольной (III) группах представлены в таблице 3.4.3.5. По фазе напряжения получены достоверные различия по преобладанию сумм ФС и СФС в фазе напряжения у врачей над ординаторами ($p=0,032$) и по фазе резистенции – у врачей над ординаторами ($p=0,036$). По фазе истощения достоверных различий получено не было, несмотря на то, что у врачей в процентном отношении данная фаза встречалась значительно чаще, чем у ординаторов и студентов (60,0% против 46,3% и 46,7% соответственно). Следует также отметить, что фаза резистенции доминировала во всех трех группах сравнения: 70%, 66,7% и 76,0% соответственно у студентов,

ординаторов и врачей (Рис.6).

Несмотря на то, что полученные нами результаты позволяют говорить о меньшем психологическом дискомфорте у обучающихся по программам специалитета и ординатуры по сравнению с уже занимающимися практической деятельностью врачами, следует констатировать сам факт наличия СЭВ в изучаемой выборке и ее динамику роста СЭВ уже на этапе получения высшего образования (ВО), включая специалитет и ординатуру.

На наш взгляд, причины психологического неблагополучия у будущих молодых врачей, скорей всего, могут быть связаны как физическими перегрузками, так и с переоценкой собственных сил и возможностей. Так, например, для обучающихся по программам специалитета характерна интенсивная и объемная теоретическая подготовка, а также активное практическое обучение в симуляционных центрах, связанное с отработкой большого количества практических навыков, а для обучающихся по программам ординатуры, а именно: для ординаторов-хирургов – это участие в предоперационной подготовке больного и помощь при проведении хирургических вмешательств оперирующему хирургу; для ординаторов-терапевтов – это добровольное участие в дежурствах опытных врачей и участие в ведении больных под контролем врачей-кураторов; для всех ординаторов – это участие в оформлении медицинской документации, а также интенсивная теоретическая подготовка, проходящая параллельно с практической деятельностью, и эмоциональные перегрузки, связанные с низкой самооценкой, отсутствием отработанных до автоматизма практических навыков, профессионального опыта, высокой степенью ответственности и, как следствие, недостаточной сформированностью профессиональных компетенций, прежде всего, творческого содержания [56; 65].

В связи с выше изложенным представляется целесообразным на этапе обучения по программам и специалитета и ординатуры особое внимание уделить целенаправленному формированию мышления врача с учетом акмеологических

и психологических механизмов творческого мышления профессионала [57; 63; 64].

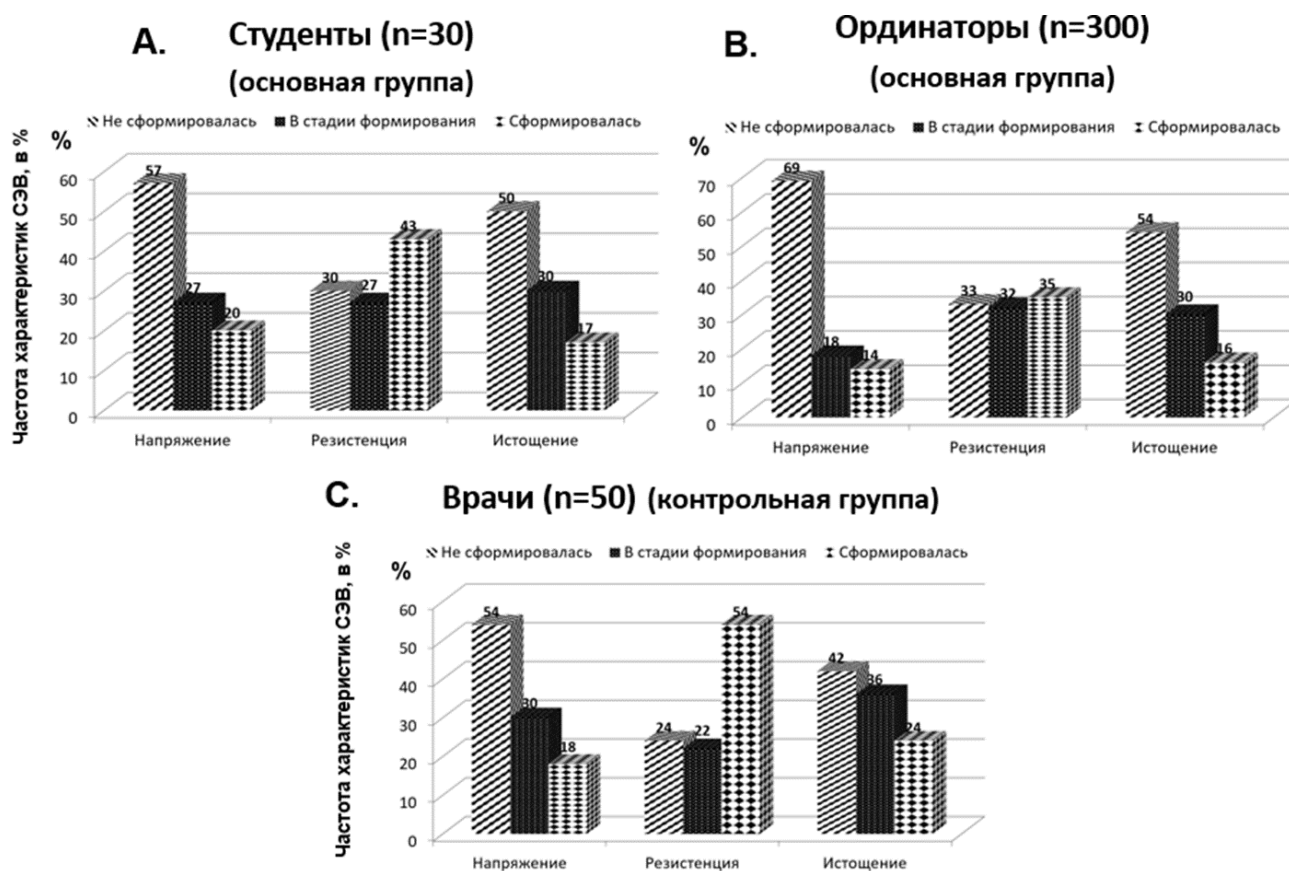


Рисунок 6. Сравнение частоты встречаемости стадийных характеристик фаз СЭВ в 3-х группах: студентов (А), ординаторов (В) и врачей (С).

3.5. Обсуждение результатов корреляционного анализа

С целью выявления взаимосвязей между исследуемыми параметрами в каждой из групп сравнения: у студентов, ординаторов и врачей был проведен корреляционный анализ в качестве подготовки к проведению факторного анализа для чего были составлены матрицы корреляций. В таблицах 3.5.1, 3.5.2 и 3.5.3 представлены матрицы корреляций между факторами когнитивного оценивания и стилями и типами мышления, а также креативностью, а в таблицах 3.6.4, 3.6.5 и 3.6.6 Приложения Б – матрицы корреляций между факторами когнитивного оценивания, стилями и типами мышления, а также креативностью и симптомами СЭВ.

Таблица 3.5.1

Матрица корреляций в группе обучающихся по программам специалитета (n=30)

Показатель	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
П	0,10	0,14	0,32	-0,07	0,01	0,31	-0,12	0,05
С	0,02	-0,16	0,07	0,05	0,19	0,29	0,01	0,21
З	0,29	0,33	0,23	0,01	0,04	0,12	0,53*	0,12
О	-0,01	0,16	-0,03	-0,26	-0,01	0,06	0,05	-0,03
Креативность	0,22	0,25	-0,02	0,18	-0,21	0,02	0,14	-0,05
И	0,17	0,19	-0,46*	0,02	-0,09	-0,04	0,03	-0,08
К	0,07	0,39	0,02	-0,39	-0,08	-0,01	-0,03	0,07
У	-0,19	0,23	-0,13	-0,24	0,01	-0,30	-0,15	0,35
П	-0,07	0,17	-0,18	-0,27	-0,29	-0,01	-0,11	-0,06

Примечание: * - $p < 0,05$

При анализе матрицы в группе обучающихся по программам специалитета (Табл.3.5.1) выявлены прямые корреляционные связи средней силы между знаковым типом мышления и сильными эмоциями ($r=0,53$) и обратные слабые связи между инициативным стилем мышления и непонятностью ситуации ($r=-0,46$). При анализе матрицы корреляций в группе обучающихся по программам ординатуры (Табл. 3.5.2) обнаружено больше достоверных прямых и обратных корреляционных связей, однако все они являются очень слабыми, поэтому ими можно пренебречь. А вот при анализе матрицы корреляций в группе врачей (Табл. 3.5.3) найдены более значимые корреляционные связи: прямые сильные связи между креативностью и «непонятностью ситуации» ($r=0,75$) и обратные сильные связи между управленческим стилем мышления и «общими признаками трудных жизненных ситуаций» ($r=-0,82$), а также между управленческим стилем мышления и «перспективой будущего» ($r=-0,66$).

Таблица 3.5.2

Матрица корреляций в группе обучающихся по программам ординатуры (n=300)

Показатель	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
П	-0,01	0,08	-0,04	-0,05	-0,04	-0,08	0,03	-0,1
С	-0,04	0,02	-0,01	-0,03	-0,07	-0,04	-0,07	0,01
З	0,03	-0,01	0,08	-0,01	0,06	-0,14*	0,03	0,08
О	0,13*	-0,03	0,15*	0,02	0,17*	-0,14*	0,02	0,11
Креативность	0,08	0,05	0,06	-0,03	0,07	-0,10	0,04	0,01
И	0,07	-0,03	-0,08	0,06	-0,09	-0,04	-0,02	0,08
К	0,07	0,04	0,02	0,04	0,06	-0,02	0,09	0,07
У	0,04	-0,08	-0,08	0,09	0,04	-0,07	0,05	0,11
П	0,04	-0,01	-0,04	-0,05	-0,05	-0,01	0,03	-0,02

Примечание: * - $p < 0,05$

Таблица 3.5.3

Матрица корреляций в группе врачей (n=50)

Показатель	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
П	0,44	0,11	0,34	-0,42	0,48	-0,37	0,01	0,31
С	-0,24	0,02	0,15	0,47	0,25	0,32	-0,15	-0,17
З	-0,14	0,08	0,01	0,47	-0,12	0,60	0,37	-0,13
О	0,03	-0,03	0,33	-0,61	0,11	-0,22	0,21	-0,42
Креативность	0,21	0,12	0,75*	-0,48	0,54	-0,41	0,48	-0,21
И	-0,21	-0,24	-0,21	-0,46	-0,27	-0,43	-0,42	-0,37
К	-0,04	-0,29	-0,37	0,15	-0,20	-0,03	-0,36	0,031
У	-0,82*	0,32	-0,47	0,07	-0,32	0,35	-0,15	-0,66*
П	-0,31	0,49	0,23	-0,01	0,10	0,54	-0,06	-0,30

Примечание: * - $p < 0,05$

Корреляционный анализ свключением симптомов синдрома эмоционального выгорания показал: у студентов (Табл. 3.5.4 Приложения 2) наличие прямых связей средней силы между знаковым типом мышления и «сильными эмоциями» ($r=0,53$), эмоциональной отстраненностью и «перспективой будущего» ($r=0,51$); у ординаторов (Табл. 3.5.5 Приложения 2) наличие прямых и обратных связей очень слабой и слабой силы; у врачей (Табл. 3.5.6 Приложения 2) наличие прямых связей средней силы между эмоциональной отстраненностью и «необходимостью быстрого, активного реагирования» ($r=0,69$) и обратных связей средней силы между «расширением сферы экономики

эмоций» и знаковым типом мышления ($r=-0,52$), «эмоциональной отстраненностью» и креативностью ($r=-0,52$), а также сильных обратных связей между «переживанием психотравмирующих ситуаций» с «сильными эмоциями» ($r=-0,75$) и «личностной отстраненности» с «сильными эмоциями» ($r=-0,76$).

3.6. Обсуждение результатов факторного анализа

По результатам проведенного корреляционного анализа было получено достаточно большое количество разнонаправленных корреляционных связей с различными значениями коэффициентов корреляции, что потребовало проведения сначала факторного анализа с целью редукции переменных, а затем логистического регрессионного анализа для оценки их прогностической роли.

Так для ответа на вопрос об особенностях когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций, мышления синдрома эмоционального выгорания у обучающихся по программам высшего медицинского образования и практикующих врачей был проведен факторный анализ, помогающий понять организацию связей между изучаемыми признаками. Выполненный методом главных компонент, факторный анализ позволил вычленить относительно самостоятельное «сочетание» тесно связанных признаков (интегральных факторов), играющее более значимую роль, чем отдельно взятый признак, изученный на этапе описательной и сравнительной статистики.

На первом этапе факторного анализа было продемонстрировано, что ковариата «группа» структурно неоднородна и существует возможность построения модели для групп обучающихся по программам специалитета, ординатуры и врачей. В каждой из этих групп были выделены значимые факторы, принимаемые $\geq 1,0$ (рисунки 7, 8 и 9). Следует отметить, что отобранные на основе корреляционного анализа компоненты были одинаковыми для всех интегральных факторов, а именно: возраст, «общие признаки трудных жизненных ситуаций» (F1), «сильные эмоции» (F7), символический стиль мышления (С), инициативный тип мышления (И), неудовлетворенность собой

(НС), неадекватное эмоциональное избирательное реагирование (НЭИР), редукция профессиональных обязанностей (РПО), личностная отстраненность (ЛО), психосоматические и психовегетативные нарушения (ПиПВН), а отличались значениями коэффициентов корреляции в зависимости от исследуемой выборки.

Таким образом, на первом этапе анализа были определены 5 значимых факторов в группе обучающихся по программе специалитета, 4 значимых факторов в группе обучающихся по программе ординатуры и 3 значимых фактора в группе врачей.

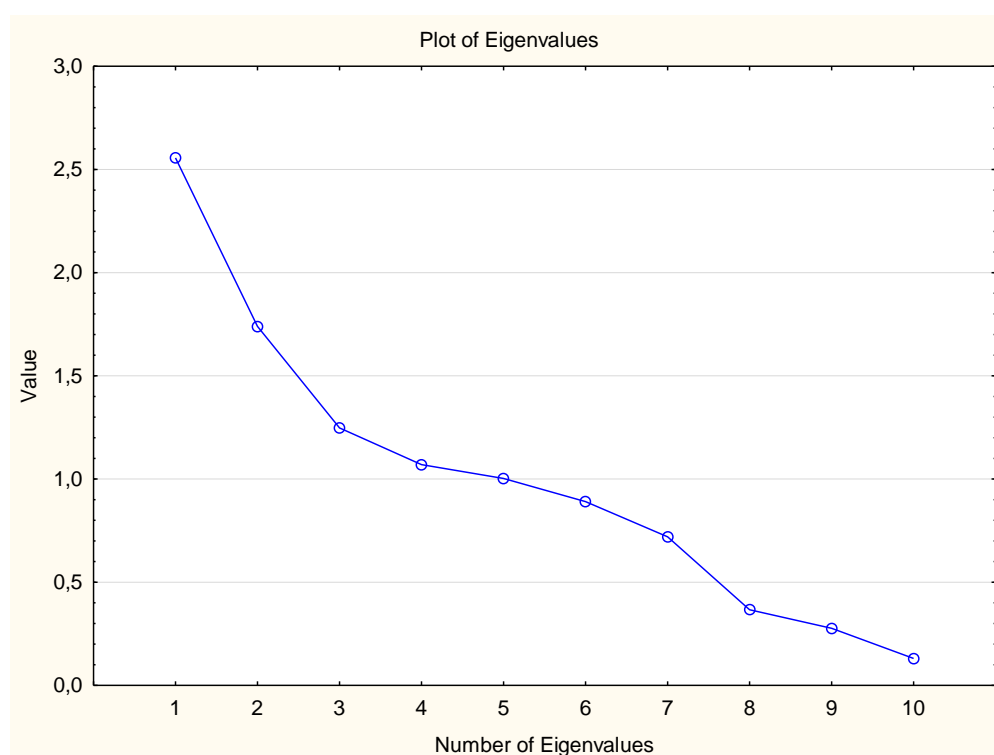


Рисунок 7. Значимые факторы в группе обучающихся по программе специалитета (n=30)

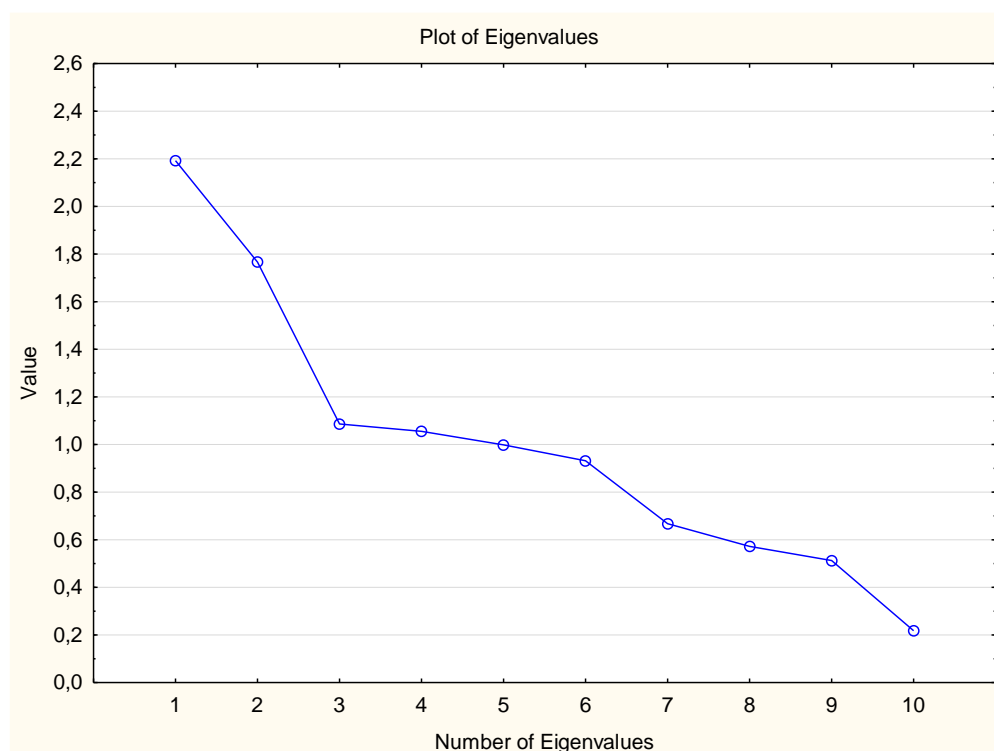


Рисунок 8. Значимые факторы в группе обучающихся по программе ординатуры (n=300)

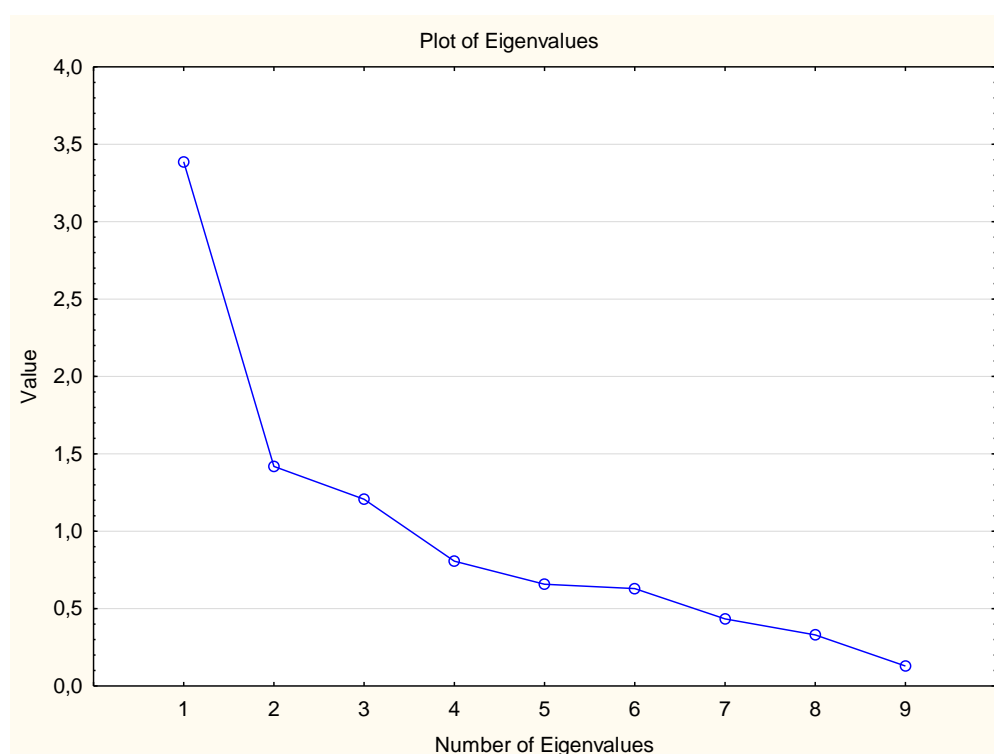


Рисунок 9. Значимые факторы в группе врачей (n=50)

Далее были определены соответствующие факторные веса, которые приведены в таблицах 3.6.1, 3.6.2 и 3.6.3. Чем выше кумулятивный процентный показатель значимых переменных, входящих в «группу», тем выше значимость модели, описывающей взаимодействия между факторами когнитивного оценивания, мышлением и симптомами эмоционального выгорания в каждой исследуемой выборке.

Согласно таблице 3.6.1. у студентов максимальный вес значимых переменных, кумулятивный процент которых составил 76,1%, получил Фактор 5, однако следует принять во внимание, что Фактор 4 также имеет высокий факторный вес, а именно 66,1%, что можно учитывать при дальнейшей интерпретации полученных данных.

Таблица 3.6.1

Факторные веса значимых переменных в группе обучающихся
по программе специалитета (n=30)

	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,555657	25,55657	2,555657	25,55657
2	1,739378	17,39378	4,295035	42,95035
3	1,247554	12,47554	5,542589	55,42589
4	1,069886	10,69886	6,612474	66,12474
5	1,002858	10,02858	7,615333	76,15333

Согласно таблице 3.6.2. у ординаторов максимальный вес получил Фактор 4 с кумулятивным показателем 61,0%, а у врачей (табл.3.6.3) – Фактор 3 с кумулятивным показателем 66,8%.

Таблица 3.6.2

Факторные веса значимых переменных в группе обучающихся
по программе ординатуры (n=300)

	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,192226	21,92226	2,192226	21,92226
2	1,766518	17,66518	3,958744	39,58744
3	1,086080	10,86080	5,044824	50,44824
4	1,055216	10,55216	6,100040	61,00040

Таблица 3.6.3

Факторные веса значимых переменных в группе врачей (n=50)

	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	3,387391	37,63768	3,387391	37,63768
2	1,419003	15,76670	4,806394	53,40437
3	1,206662	13,40735	6,013056	66,81173

В каждом случае совокупный уровень объясненной дисперсии находится на приемлемо высоком уровне. При этом специфика факторных нагрузок, которая подсчитывалась сначала способом «без ротации» (Unrotated) (табл.3.6.4, 3.6.5 и 3.6.6.), а затем для подтверждения полученных результатов способом «ротации» (Varimax normalized) (табл. 3.6.7, 3.6.8 и 3.6.9) подчеркивает особенности каждой из исследуемых групп.

Таблица 3.6.4

Специфика факторных нагрузок (Unrotated) в группе обучающихся
по программе специалитета (n=30)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Возраст	-0,209001	0,156308	-0,260259	0,570194	0,097418
F1	0,245368	0,875811	0,000276	-0,098487	-0,178765
F7	-0,211093	0,891179	0,131830	0,083695	0,098906
С	0,024090	-0,055920	0,105726	0,849945	-0,088171
И	-0,001912	0,032880	-0,012484	0,039592	-0,974813
НС	0,484252	0,281293	0,484146	-0,013463	-0,288053
НЭИР	0,071163	0,066655	0,938020	0,033607	0,039730
РПО	0,657345	0,426882	-0,313681	0,077908	0,073170
ЛО	0,878684	-0,028497	0,205732	0,014512	0,004220
ПиПВН	0,775050	-0,111026	0,057606	-0,154279	-0,043326
Expl.Var	2,193486	1,868821	1,354767	1,097193	1,101065
Prp.Totl	0,219349	0,186882	0,135477	0,109719	0,110107

Анализ специфики факторных нагрузок способом «без ротации» показал у студентов значимый ($r > 0,7$) коэффициент корреляции (выделение красным цветом в таблицах 3.6.4-3.6.9) инициативного стиля мышления ($r = -0,97$) на 76,2% (Фактор 5) и символического типа мышления ($r = 0,85$) на 66,1% (Фактор 4) описывающие модель компонентов в факторном анализе.

Следует отметить, что коэффициенты корреляции имеют разную направленность, что означает: чем меньшую инициативность проявляют студенты, тем больше у них выражены факторы когнитивного оценивания (F1 и F7) и ряд симптомы СЭВ, входящих в данную модель. И чем выше символизм у студентов, т.е. чем больше они мыслят символами, тем более выражены факторы когнитивного оценивания (F1 и F7) и симптомы СЭВ, входящие в данную факторную модель. Поэтому повышение значимости инициативного стиля мышления наряду со снижением значимости символизма у студентов можно рассматривать в качестве способов снижения выраженности общих трудных жизненных ситуаций и сильных эмоций, а также профилактики ряда симптомов СЭВ.

Таблица 3.6.5

Специфика факторных нагрузок (Unrotated) в группе обучающихся
по программе ординатуры (n=300)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Возраст	-0,261322	0,022660	-0,257363	-0,474745
F1	0,341970	-0,866108	-0,079809	0,061599
F7	0,382506	-0,833524	-0,189483	0,094964
С	0,021487	0,090407	0,385699	0,532779
И	0,102729	0,015358	0,334962	0,440232
НС	-0,638038	-0,124757	-0,430879	0,299083
НЭИР	-0,455839	-0,391910	0,500467	-0,202931
РПО	-0,452704	-0,293209	0,484597	-0,311626
ЛО	-0,718911	-0,220301	-0,013471	0,064000
ПиПВН	-0,716249	-0,095010	-0,213232	0,327909
Expl. Var	2,192226	1,766518	1,086080	1,055216
Prp. Totl	0,219223	0,176652	0,108608	0,105522

Однако у ординаторов (табл. 3.6.5) в Факторах 4 и 3 не было получено значимых показателей, а значимые показатели в Факторе 2 «общие признаки трудных жизненных ситуаций» (F1, $r=0,87$) и «сильные эмоции» (F7, $r=0,83$) лишь на 39,6% описывают модель компонентов в факторном анализе, что не представляет значимого научного интереса.

У врачей (табл.3.6.6) Фактор 3 продемонстрировал значимый коэффициент корреляции по символическому типу мышления ($r=-0,80$) на 66,8% описывающий модель компонентов в факторном анализе. Следует отметить, что у врачей в отличие от студентов выявленный высокий коэффициент корреляции символического типа мышления имеет отрицательный знак, что означает, чем меньше врачи мыслят символами, тем больше у них выражены факторы когнитивного оценивания и симптомы СЭВ, входящие в данную модель. Поэтому для врачей повышение роли символического типа мышления можно рассматривать в качестве меры профилактики снижения выраженности общих трудных жизненных ситуаций и сильных эмоций, а также симптомов СЭВ.

Таблица 3.6.6

Специфика факторных нагрузок (Unrotated) в группе врачей (n=50)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
F1	0,203129	0,673607	0,390837
F7	0,405511	0,658925	0,099321
С	-0,096778	0,095672	-0,804708
И	0,023644	-0,646736	0,466695
НС	-0,850971	-0,086505	0,007726
НЭИР	-0,614598	0,184332	-0,119715
РПО	-0,818518	0,068930	-0,164463
ЛО	-0,890901	0,174614	0,175121
ПиПВН	-0,778592	0,164167	0,326462
Expl. Var	3,387391	1,419003	1,206662
Prp. Totl	0,376377	0,157667	0,134074

По результатам вращения варимакса специфика факторных нагрузок (Табл. 3.6.7 - 3.6.9) меняется несущественно, однако наполнение факторов происходит более равномерно и лучше поддается трактовке. В результате после применения способа «ротации» у студентов (табл.3.6.7) обнаружено подтверждение значимости компоненты инициативного стиля мышления ($r=0,97$) на 76,1% описывающий модель компонентов в факторном анализе, что подтверждает значимость данной компоненты для профилактики ТЖС и СЭВ.

Таблица 3.6.7

Специфика факторных нагрузок (Varimax normalized) в группе обучающихся по программе специалитета (n=30)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Возраст	-0,191708	0,138641	-0,232752	-0,593974	-0,086645
F1	0,237413	0,880708	0,014966	0,077372	0,175173
F7	-0,217002	0,884161	0,144938	-0,113193	-0,101374
С	0,042434	-0,085966	0,149853	-0,838839	0,098842
И	-0,001170	0,034308	0,001080	-0,027224	0,975268
НС	0,473025	0,278931	0,498569	0,044728	0,281160
НЭИР	0,054340	0,052852	0,939998	0,013580	-0,050702
РПО	0,661955	0,432541	-0,292098	-0,093352	-0,069558
ЛО	0,875032	-0,025848	0,220739	0,018231	-0,006721
ПиПВН	0,770699	-0,101081	0,061654	0,179978	0,040479
Expl. Var	2,166557	1,863748	1,367878	1,119620	1,097530
Prp. Totl	0,216656	0,186375	0,136788	0,111962	0,109753

У ординаторов (Табл.3.6.8) проявились значимые коэффициенты корреляции у компонентов неадекватного эмоционального избирательного реагирования (НЭИР, $r=0,79$) и редукции профессиональных обязанностей (РПО, $r=0,78$) на 50,4% описывающий модель компонентов Фактора 3, что значительно повышает роль данных компонентов в модели. Однако значимость символического типа мышления при применении способа «ротации» у ординаторов не подтвердилась.

Таблица 3.6.8

Специфика факторных нагрузок (Varimax normalized) в группе обучающихся по программе ординатуры ($n=300$)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Возраст	0,100785	-0,114079	0,111555	0,569917
F1	-0,065222	0,930033	0,085898	-0,025628
F7	-0,042637	0,939663	-0,034798	0,000372
С	0,040751	-0,092140	0,030558	-0,655872
И	-0,029809	0,004669	0,017809	-0,561752
НС	0,828137	0,003738	-0,050054	0,097131
НЭИР	0,127286	0,075847	0,793969	-0,026264
РПО	0,067836	-0,021350	0,783132	0,067112
ЛО	0,632988	-0,044469	0,401861	0,074151
ПиПВН	0,807283	-0,090136	0,117893	-0,036097
Expl.Var	1,777772	1,785778	1,443864	1,092626
Prp.Totl	0,177777	0,178578	0,144386	0,109263

Примечание: F1 – общие признаки трудных жизненных ситуаций, F7 – сильные эмоции, С – символический стиль мышления, И – инициативный тип мышления, НС - неудовлетворённости собой, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЛО – личностная отстраненность, ПиПВН - психосоматические и психовегетативные нарушения.

Таблица 3.6.9

Специфика факторных нагрузок (Varimaxnormalized) в группе врачей (n=50)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
F1	0,000925	-0,793855	-0,132494
F7	-0,237413	-0,732688	0,123649
С	0,005319	0,208060	0,789150
И	-0,098545	0,424403	-0,668432
НС	0,805620	0,287484	0,004768
НЭИР	0,617865	0,025649	0,208868
РПО	0,784299	0,196212	0,219425
ЛО	0,922918	0,003900	-0,055397
ПиПВН	0,832508	-0,065475	-0,205861
Expl. Var	3,256859	1,516551	1,239646
Prp. Totl	0,361873	0,168506	0,137738

На выборке практикующих врачей способом «ротации» (табл.3.6.9) подтверждена ведущая роль символического типа мышления ($r=0,79$) в интегральном факторе 3 на 66,8% описывающего модель компонентов проведенного факторного анализа.

Таким образом, факторный анализ позволил выявить структуру значимых интегральных факторов в каждой группе: у студентов - 5, у ординаторов – 3 и у врачей 3. Особенности каждой из групп интегральных факторов в кумулятивном эффекте подчеркивает специфика факторных нагрузок, то есть чем выше кумулятивный процент компонентов, входящий в данный интегральный фактор, тем больше значимость данной совокупности компонентов, а компонент совокупности со значимым коэффициентом корреляции является главным, или определяющим возможности профилактического влияния на индивида.



Рисунок 10. Схема: Особенности факторной структуры в группах сравнения.

Результаты факторного анализа обобщённо представлены в виде схемы на рисунке 10. Так, у обучающихся по программам специалитета главным компонентом интегрального фактора, описывающего на 76,2% модель взаимодействия ряда факторов когнитивного оценивания, мышления и симптомов СЭВ является инициативный стиль мышления, поэтому влияние на инициативность может рассматриваться у студентов как способ профилактики развития СЭВ. У обучающихся по программам ординатуры главными компонентами интегрального фактора, описывающего на 50,5% выше указанную модель, являются два симптома СЭВ, а именно: неадекватное эмоциональное избирательное реагирование и редукция профессиональных обязанностей, что указывает на возможность проведения психокоррекции в качестве профилактической меры прогрессирования СЭВ. А обнаруженный у врачей символический тип мышления в качестве главной компоненты модели, на 66,8% описывающей исследуемое взаимодействие, можно рассматривать как компенсаторный механизм развития СЭВ.

3.7. Предикторы синдрома эмоционального выгорания (результаты логистического регрессионного анализа)

На завершающем этапе эмпирического исследования с целью определения прогностической роли факторов когнитивного оценивания, стилей и типов мышления, креативности и синдрома эмоционального выгорания (избирательно по симптомам, как элементам для дальнейшей психокоррекции) в общей группе испытуемых, объединенных профессиональным признаком (всего 380 чел.), проведен логистический регрессионный анализ: сначала по влиянию симптомов СЭВ (табл. 3.7.1 –3.7.7), типов мышления и креативности (табл.3.7.8), а также стилей мышления (табл.3.7.9) на факторы когнитивного оценивания (рис.11), а затем факторов когнитивного оценивания на симптомы СЭВ (табл.3.7.10, рис.12 и рис. 13).

Таблица 3.7.1

Симптомы СЭВ как предикторы F1 и F2 факторов когнитивного оценивания

	Test	Value	F	Effect - df	Error - df	p
Intercept	Wilks	0,393022	21,81451	8	113	0,000000
ППО	Wilks	0,930193	1,06003	8	113	0,396207
НС	Wilks	0,951817	0,71504	8	113	0,677815
ЗвК	Wilks	0,913744	1,33338	8	113	0,234224
Тид	Wilks	0,908237	1,42710	8	113	0,192767
НЭИР	Wilks	0,865040	2,20373	8	113	0,032158
ЭНД	Wilks	0,914098	1,32739	8	113	0,237104
РСЭЭ	Wilks	0,942067	0,86862	8	113	0,545233
РПО	Wilks	0,958341	0,61401	8	113	0,764547
ЭД	Wilks	0,878334	1,95657	8	113	0,058345
ЭО	Wilks	0,824816	3,00004	8	113	0,004344
ЛО	Wilks	0,915220	1,30844	8	113	0,246412
ПиПВН	Wilks	0,944940	0,82305	8	113	0,583924

Таблица 3.7.2

Симптомы СЭВ как предикторы F3 фактора когнитивного оценивания

	SS	Degr. of - Freedom	MS	F	P
Intercept	54,9160	1	54,91596	42,73832	0,000000
ППО	0,4055	1	0,40553	0,31560	0,575309
НС	1,3790	1	1,37902	1,07322	0,302303
ЗвК	8,0191	1	8,01910	6,24086	0,013837
ТиД	0,7475	1	0,74746	0,58171	0,447141
НЭИР	0,0007	1	0,00070	0,00054	0,981420
ЭНД	2,3274	1	2,32741	1,81130	0,180889
РСЭЭ	0,0043	1	0,00427	0,00333	0,954100
РПО	0,0127	1	0,01265	0,00985	0,921125
ЭД	0,0006	1	0,00057	0,00045	0,983182
ЭО	0,0251	1	0,02511	0,01955	0,889048
ЛО	0,7788	1	0,77877	0,60608	0,437801
ПиПВН	0,9499	1	0,94992	0,73928	0,391608
Error	154,1922	120	1,28493		

Таблица 3.7.3

Симптомы СЭВ как предикторы F4 фактора когнитивного оценивания

	SS	Degr. of - Freedom	MS	F	P
Intercept	86,4945	1	86,49448	44,13820	0,000000
ППО	0,2443	1	0,24429	0,12466	0,724651
НС	0,2461	1	0,24612	0,12560	0,723663
ЗвК	0,4537	1	0,45370	0,23152	0,631274
ТиД	2,5275	1	2,52751	1,28979	0,258350
НЭИР	3,1581	1	3,15812	1,61159	0,206725
ЭНД	0,0666	1	0,06663	0,03400	0,854013
РСЭЭ	2,2962	1	2,29615	1,17173	0,281217
РПО	1,8820	1	1,88196	0,96036	0,329067
ЭД	0,0540	1	0,05399	0,02755	0,868447
ЭО	0,2070	1	0,20697	0,10562	0,745754
ЛО	0,0008	1	0,00082	0,00042	0,983763
ПиПВН	6,6710	1	6,67104	3,40424	0,067495
Error	235,1554	120	1,95963		

Таблица 3.7.4

Симптомы СЭВ как предикторы F5 фактора когнитивного оценивания

	SS	Degr. of - Freedom	MS	F	P
Intercept	79,1925	1	79,19251	34,40597	0,000000
ППО	0,0432	1	0,04318	0,01876	0,891282
НС	3,2016	1	3,20165	1,39099	0,240571
ЗвК	4,9993	1	4,99933	2,17201	0,143161
Тид	0,9690	1	0,96901	0,42099	0,517681
НЭИР	0,0307	1	0,03070	0,01334	0,908243
ЭНД	4,0178	1	4,01784	1,74559	0,188946
РСЭЭ	0,0649	1	0,06488	0,02819	0,866955
РПО	0,0053	1	0,00528	0,00229	0,961890
ЭД	0,6467	1	0,64673	0,28098	0,597039
ЭО	0,1963	1	0,19633	0,08530	0,770745
ЛО	1,0612	1	1,06120	0,46105	0,498442
ПиПВН	0,1366	1	0,13661	0,05935	0,807937
Error	276,2050	120	2,30171		

Таблица 3.7.5

Симптомы СЭВ как предикторы F6 фактора когнитивного оценивания

	SS	Degr. of - Freedom	MS	F	P
Intercept	91,1443	1	91,14430	38,90834	0,000000
ППО	0,0944	1	0,09435	0,04028	0,841277
НС	0,0010	1	0,00104	0,00044	0,983214
ЗвК	0,5023	1	0,50235	0,21445	0,644143
Тид	4,0591	1	4,05910	1,73278	0,190565
НЭИР	0,1597	1	0,15974	0,06819	0,794435
ЭНД	6,4395	1	6,43951	2,74895	0,099931
РСЭЭ	0,7735	1	0,77354	0,33021	0,566609
РПО	2,1062	1	2,10623	0,89912	0,344923
ЭД	13,3579	1	13,35794	5,70234	0,018503
ЭО	1,8855	1	1,88548	0,80489	0,371432
ЛО	10,1555	1	10,15554	4,33527	0,039456
ПиПВН	0,0005	1	0,00046	0,00020	0,988858
Error	281,1047	120	2,34254		

Таблица 3.7.6

Симптомы СЭВ как предикторы F7 фактора когнитивного оценивания

	SS	Degr. of - Freedom	MS	F	P
Intercept	124,8615	1	124,8615	69,47039	0,000000
ППО	1,2985	1	1,2985	0,72244	0,397038
НС	0,2052	1	0,2052	0,11417	0,736040
ЗвК	6,6316	1	6,6316	3,68971	0,057121
Тид	1,6163	1	1,6163	0,89926	0,344887
НЭИР	6,5656	1	6,5656	3,65298	0,058354
ЭНД	1,0561	1	1,0561	0,58757	0,444864
РСЭЭ	0,4578	1	0,4578	0,25471	0,614706
РПО	0,0482	1	0,0482	0,02683	0,870169
ЭД	0,0343	1	0,0343	0,01909	0,890351
ЭО	2,6406	1	2,6406	1,46919	0,227855
ЛО	0,8775	1	0,8775	0,48822	0,486073
ПиПВН	0,3705	1	0,3705	0,20613	0,650635
Error	215,6801	120	1,7973		

Таблица 3.7.7

Симптомы СЭВ как предикторы F8 фактора когнитивного оценивания

	SS	Degr. of - Freedom	MS	F	P
Intercept	161,1467	1	161,1467	73,52745	0,000000
ППО	3,4216	1	3,4216	1,56120	0,213921
НС	4,8295	1	4,8295	2,20357	0,140314
ЗвК	1,4791	1	1,4791	0,67489	0,412982
Тид	0,2615	1	0,2615	0,11933	0,730369
НЭИР	4,5657	1	4,5657	2,08321	0,151532
ЭНД	0,7992	1	0,7992	0,36464	0,547078
РСЭЭ	2,1355	1	2,1355	0,97437	0,325578
РПО	0,0252	1	0,0252	0,01152	0,914712
ЭД	0,4341	1	0,4341	0,19807	0,657084
ЭО	0,9779	1	0,9779	0,44619	0,505432
ЛО	0,8017	1	0,8017	0,36578	0,546454
ПиПВН	1,0988	1	1,0988	0,50134	0,480284
Error	262,9985	120	2,1917		

Таблица 3.7.8

Типы мышления, креативность и факторы когнитивного оценивания

	Test	Value	F	Effect - df	Error - df	P
Intercept	Wilks	0,574576	24,06345	8	260	0,000000
П	Wilks	0,969941	1,00719	8	260	0,430916
С	Wilks	0,978163	0,72553	8	260	0,668914
З	Wilks	0,974528	0,84949	8	260	0,559929
О	Wilks	0,946041	1,85370	8	260	0,067686
К	Wilks	0,985127	0,49067	8	260	0,862430

Примечание: П – практический, С – символический, З – знаковый, О – образный, К – комбинированный типы мышления

Таблица 3.7.9

Стили мышления и факторы когнитивного оценивания

	Test	Value	F	Effect - df	Error - df	p
Intercept	Wilks	0,860183	5,262326	8	259	0,000004
И	Wilks	0,969945	1,003181	8	259	0,433993
К	Wilks	0,982593	0,573521	8	259	0,799303
У	Wilks	0,972072	0,930129	8	259	0,492000
П	Wilks	0,990077	0,324464	8	259	0,956274

Примечание: И – инициативный, К – критический, У – управленческий, П – практический стили мышления

При проведении логистического регрессионного анализа не выявлено влияния стилей мышления на факторы когнитивного оценивания, кроме того в целом не выявлено влияния типов мышления и креативности, однако образный тип мышления имеет тенденцию к достоверности ($p=0,067686$) по влиянию на факторы когнитивного оценивания. Кроме того, при оценке симптомов СЭВ обнаружены достоверные различия по ряду симптомов, таких как неадекватное эмоциональное реагирование (НЭИР) и эмоциональная отстраненность (ЭО) на «общие трудности жизненных ситуаций» (F1) и «неподконтрольность ситуации» (F2) ($p=0,032$ и $p=0,0043$ соответственно), зажатости в клетку (Звк) на «непонятность ситуации» (F3) ($p=0,138$), эмоциональный дефицит (ЭД) и личностная отстраненность (ЛО) на «Трудности прогнозирования ситуации» F6 ($p=0,0185$ и $p=0,0395$ соответственно) (Рис.11).

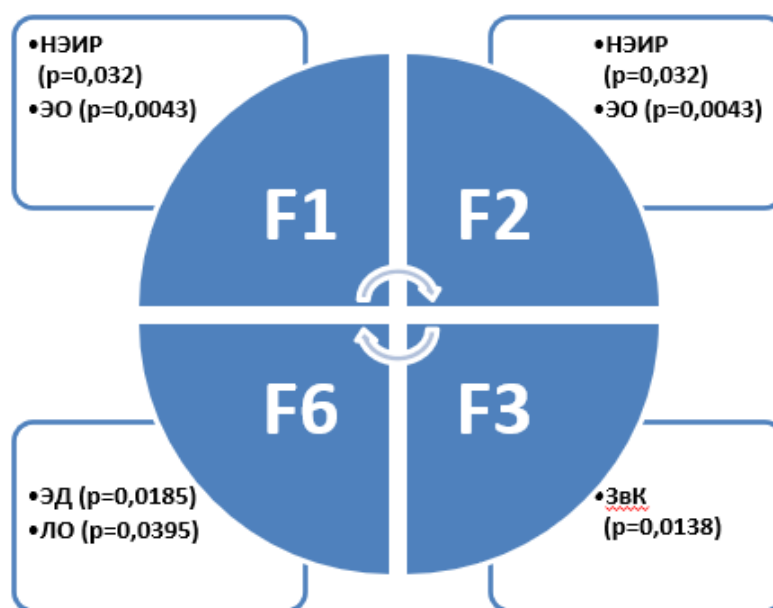


Рисунок 11. Схема: Симптомы СЭВ как предикторы факторов когнитивного оценивания. **Примечание:** Симптомы СЭВ: ЗвК - «загнанности в клетку», НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО – эмоциональная отстраненность, ЛО – личностная отстраненность.

Таблица 3.7.10

Факторы когнитивного оценивания F1 и F3 как предикторы симптомов эмоционального выгорания

Test of SS Whole Model vs. SS Residual											
	Multiple - R	Multiple - R ²	Adjusted - R ²	SS - Model	df - Model	MS - Model	SS - Residual	df - Residual	MS - Residual	F	p
НЭИР	0,202296	0,040924	0,033602	268,0400	1	268,0400	6281,73	131	47,9522	5,589737	0,019
ЗвК	0,182035	0,033137	0,025756	125,0751	1	125,0751	3649,45	131	27,8584	4,489672	0,035

Примечание: НЭИР – неадекватное эмоциональное избирательное реагирование, ЗвК – загнанность в клетку

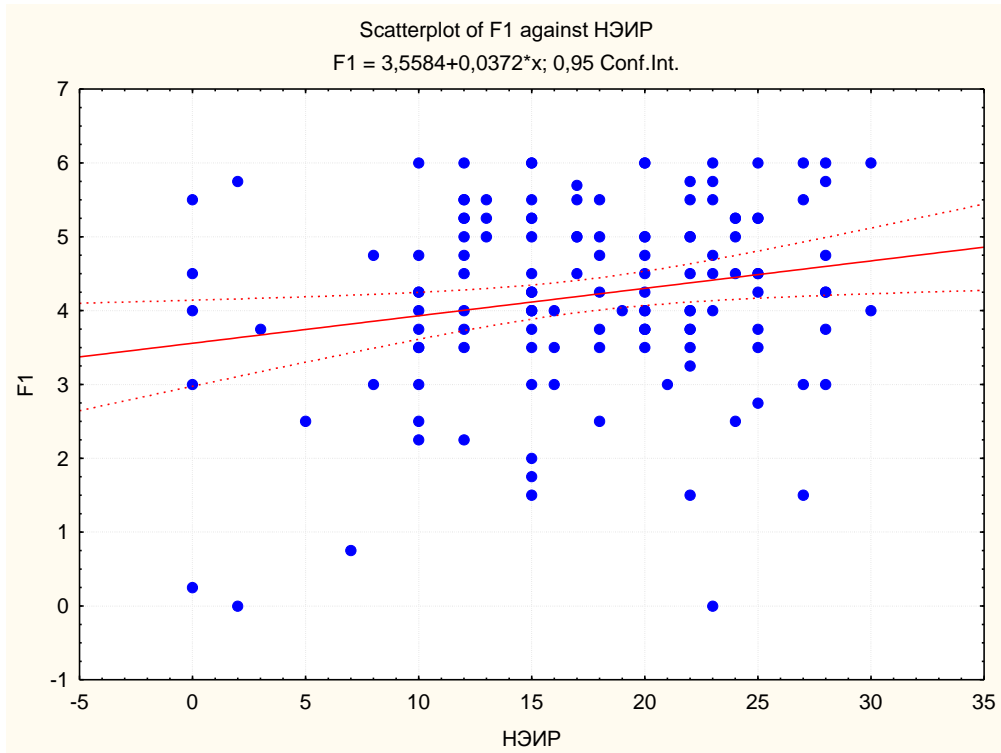


Рисунок 12. Фактор когнитивного оценивания F1 как предиктор симптома НЭИР СЭВ

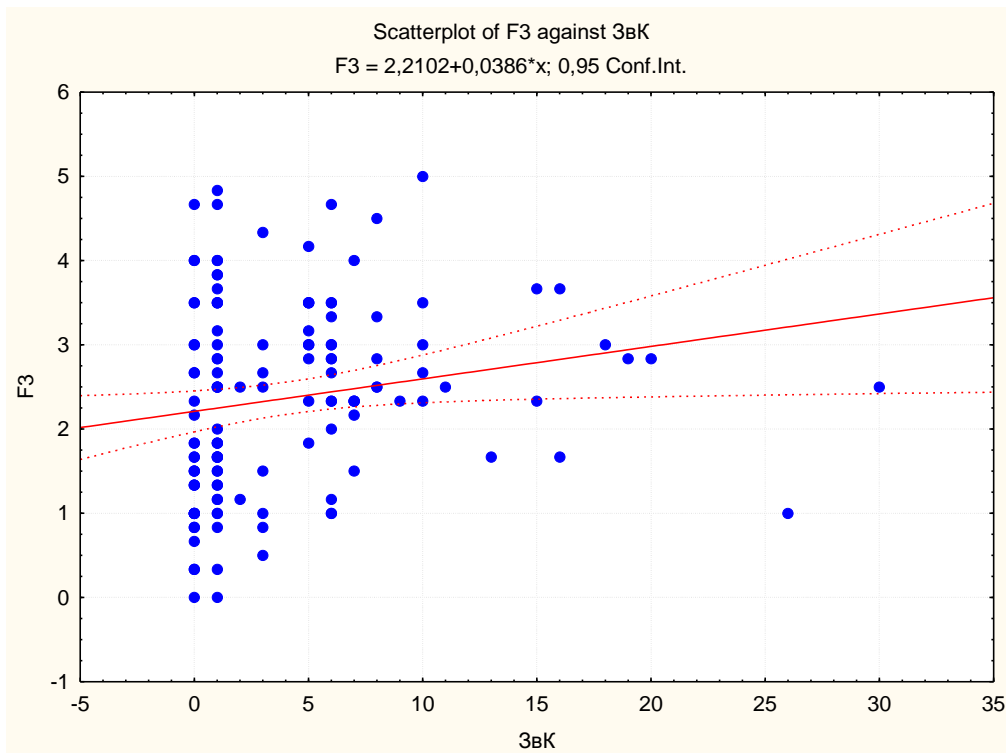


Рисунок 13. Фактор когнитивного оценивания F3 как предиктор симптома ЗвК СЭВ

Результаты логистического регрессионного анализа достоверно доказывают влияние ряда симптомов СЭВ на некоторые факторы когнитивного оценивания, а именно: неадекватное эмоциональное избирательное реагирование ($p=0,032$) и эмоциональная отстраненность ($p=0,004$) достоверно влияют на «общие признаки трудных жизненных ситуаций» и «неподконтрольность ситуации», загнанность в клетку - на «непонятность ситуации» ($p=0,14$), эмоциональный дефицит ($p=0,02$) и личностная отстраненность ($p=0,04$) - на «трудности прогнозирования ситуации». При этом типы и стили мышления, креативность не оказывают влияния на факторы когнитивного оценивания. Достоверно доказано влияние фактора когнитивного оценивания «общие признаки трудных жизненных ситуаций» на симптом неадекватного эмоционального избирательного реагирования ($p=0,019$) (Рис.12) и «непонятность ситуации» на симптом загнанности в клетку ($p=0,035$) (Рис.13).

Таким образом, результаты проведенного логистического регрессионного анализа позволяют говорить об универсальности выявленных достоверных данных, как у обучающихся по программам высшего медицинского образования, так и у практических врачей, что дает возможность при напряжении таких факторов когнитивного оценивания, как «общие признаки трудных жизненных ситуаций» и «непонятность ситуации» прогнозировать появление таких симптомов СЭВ, как неадекватное эмоциональное избирательное реагирование и загнанность в клетку соответственно. В свою очередь, при уже развившихся симптомах СЭВ, как неадекватное эмоциональное избирательное реагирование и эмоциональная отстраненность, загнанность в клетку, эмоциональный дефицит и личностная отстраненность, как при усилении так и редукции симптоматики, существует возможность влияния на изменение выраженности таких факторов когнитивного оценивания, как «общие признаки трудных жизненных ситуаций» и «неподконтрольность ситуации», «непонятность ситуации», «трудности прогнозирования ситуации», соответственно.

Выводы по третьей главе

Доминирующим стилем мышления, детерминирующим, в целом, характер совместной деятельности, у студентов, ординаторов и врачей по средним баллам и по распространенности является практический стиль, который определяется функцией реализации идей и характеризуется направленностью на дело.

Все три группы сравнения демонстрируют схожую динамику убывания средних баллов и частоты встречаемости в выборке: практический, управленческий и комбинированный стили, возможно характерные для медицинской специальности в целом.

Обучающиеся по программам специалитета и ординатуры чаще пользуются двойными комбинациями комбинированного стиля мышления с одинаковой частотой встречаемости, а именно: Критический-Практический и Управленческий-Практический стили мышления, однако по сравнению с группой врачей комбинацию Критический-Практический стиль использовали достоверно чаще на 15,0% и 25,7% соответственно ($p \leq 0,05$), а Управленческий-Практический стиль - реже на 13,6% ($p \leq 0,05$) и 2,9% соответственно, что возможно отличает этап обучения от практической деятельности.

Инициативный стиль мышления, как самостоятельная категория и как составная часть комбинации стилей, по средним баллам и по распространенности в выборке имеет наименьшую представленность во всех трех группах сравнения в связи с особенностями медицинской профессии, однако ординаторы по сравнению с врачами имеют достоверно более высокий средний балл ($p = 0,003$), что связано с меньшим уровнем их профессиональной ответственности.

Из типов мышления студенты достоверно чаще используют комбинированный (55,7%), ординаторы – образный (33,3%), когда результатом мыслительного процесса является мысль, реализуемая в новом образе, и врачи – знаковый тип (32%), когда результатом процесса мышления является мысль в виде понятия или высказывания, которая фиксирует значимые отношения между

определяемыми предметами.

При сравнении трех групп получены достоверные различия по преобладанию символического типа мышления у ординаторов (мыслят символами) над студентами ($p=0,007$), знакового типа - у ординаторов (мыслят знаками) над врачами ($p=0,001$), образного типа - у ординаторов (мыслят образами) над студентами ($p=0,038$), а также комбинированного типа – у ординаторов (мыслят комбинациями типов) над студентами ($p=0,045$) и над врачами ($p=0,001$), что подтверждает различия между этапом обучения по программам специалитета и ординатуры и этапом практической врачебной деятельности.

При оценке средних значений во всех трех группах обнаруживается образно-знаковый тип (художественный «склад ума») испытуемых, который чаще встречается у творческих людей, что связано с открытием новых знаний, с генерацией оригинальных идей. А по оценке распространённости кроме образно-знакового типа, который выявляется у ординаторов и врачей, у студентов обнаруживается предметно-образный тип (практический «склад ума»), когда мыслительный процесс осуществляется с помощью практического преобразования реальных предметов в режиме реального времени, а необходимые образы представлены в краткосрочной оперативной памяти, при этом человек привязан к окружающей действительности, что часто встречается у людей занятых производственной деятельностью, результатом которой является создание конкретного материального продукта.

При проведении сравнительной оценки показателей креативности в трех группах обнаружено, что группа ординаторов имеет достоверно ($p<0,05$) более высокий средний балл (8,4 балла) по сравнению с группой врачей (7,2 балла). Согласно полученным результатам ординаторы, проходящие обучение на постдипломном этапе, отдают предпочтение творческому подходу к делу.

В факторной структуре когнитивного оценивания по средним показателям у студентов, ординаторов и врачей преобладают «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» (F1), причем данный показатель у студентов достоверно

выше, чем у ординаторов ($p=0,006$). По фактору F7 «Сильные эмоции» в трех группах сравнения также получены достоверные различия по преобладанию средних значений у студентов над ординаторами ($p<0,001$).

При сравнении средних показателей внутри каждой группы обнаружены некоторые отличия, а именно: студенты, ординаторы и врачи имеют высокие показатели по F1 «Общим признакам трудных жизненных ситуаций» и по F8 «Перспектива будущего», однако у студентов также выявлен высокий показатель по F7 «Сильные эмоции», что свидетельствует о том, что студенты наряду с переживаниями трудных жизненных ситуаций и думая о будущих профессиональных перспективах, дополнительно испытывают сильные эмоции, связанные с вступлением в медицинскую профессию.

В факторной структуре когнитивного оценивания по частотным характеристикам внутри каждой группы выявлено достоверное преобладание (≥ 4 баллов) у студентов по F1 «Общие признаки трудных жизненных ситуаций», F7 «Сильные эмоции» и F8 «Перспективы будущего», у ординаторов - по F1 «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» и F8 «Перспективы будущего», а у врачей – только по F1 «Общие признаки трудных жизненных ситуаций».

При сравнительной оценке менее трудных ситуаций (< 4 баллов) между группами достоверно большая часть ординаторов по сравнению со студентами отмечает фактор F1 ($p=0,014$), а это означает, что ординаторы легче переносят общие признаки трудных ситуаций, чем студенты, что скорее всего связано с большим опытом медицинской деятельности. Однако по фактору F7 достоверно большая часть ординаторов ($p=0,001$) и врачей ($p=0,006$) по сравнению со студентами испытывает меньше сильных эмоций, по-видимому, также в силу уже имеющегося опыта практической медицинской деятельности.

При сравнительной оценке более трудных ситуаций (≥ 4 баллов) между группами обнаружено, что достоверно большая часть студентов по сравнению с ординаторами имеет «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» (F1) ($p=0,008$), для ординаторов и студентов по сравнению с врачами достоверно

более выражена «Непонятность ситуации» (F3) ($p=0,01$ и $p=0,028$ соответственно), «Необходимость быстрого, активного реагирования» (F4) ($p=0,007$ и $p=0,004$ соответственно) и «Трудности прогнозирования ситуации» (F6) ($p=0,004$ и $p=0,001$ соответственно), что связано с меньшим опытом практической медицинской деятельности. Однако достоверно больше «Сильных эмоций» (F7) испытывают студенты по сравнению с ординаторами ($p=0,0003$) и с врачами ($p=0,006$), что связано с началом вступления в профессию врача.

Полученные результаты по средним показателям свидетельствуют о том, что студенты и ординаторы по сравнению с врачами имеют значительно менее выраженные симптомы СЭВ (доминирующих – 0 во всех трех группах, сложившихся – по 1 против 3, складывающихся – по 6 против 8, не сложившихся – по 5 против 1) по причине того, что обучающиеся по программам специалитета и ординатуры испытывают меньше стрессовых нагрузок и эмоционального напряжения при меньшем уровне ответственности по сравнению с практическими врачами.

Полученные достоверные статистические различия по преобладанию средних показателей по следующим симптомам: ППО у студентов над ординаторами ($p=0,03$), НС у студентов над ординаторами ($p=0,005$) и у врачей над ординаторами ($p=0,035$), ЗвК у врачей над ординаторами ($0,035$), ТиД у студентов над ординаторами ($p=0,044$); НЭИР у студентов над ординаторами ($p=0,049$) и у врачей над ординаторами ($p=0,002$), РПО у врачей над студентами ($p=0,002$) и у врачей над ординаторами; ЭО у ординаторов над студентами, ЛО у врачей над ординаторами ($p=0,015$) и ПиПВН у врачей над ординаторами, - свидетельствуют о постепенном формировании синдрома эмоционального выгорания и нарастании выраженности отдельных симптомов СЭВ уже на этапах получения высшего образования (от специалитета к ординатуре).

В фазе «Напряжение» обнаружены достоверные различия по преобладанию частоты встречаемости СС по двум симптомам: НС у врачей над студентами ($p=0,023$) и у врачей над ординаторами ($p=0,0001$), а также ТиД у студентов над ординаторами ($p=0,005$) и у студентов над врачами. В фазе

«Резистенция» получены достоверные различия по преобладанию частоты встречаемости СС по двум симптомам: НЭИР у студентов над ординаторами ($p=0,045$) и врачей над ординаторами ($p=0,007$), а также ЭНД у студентов над ординаторами ($p=0,021$) и у врачей над ординаторами ($p=0,001$). В фазе «Истощение» не было получено достоверных различий по преобладанию частоты встречаемости СС, однако была обнаружена тенденция к достоверности по преобладанию симптома ПиПВН у врачей над ординаторами ($p=0,069$), что свидетельствует о меньшей распространенности симптомов СЭВ у обучающихся по программам специалитета и ординатуры.

При анализе фаз СЭВ обнаружены достоверные различия по преобладанию частоты встречаемости только сформировавшейся фазы «Резистенция» у врачей над ординаторами ($p=0,016$). Однако в фазе «Напряжения» по формирующейся стадии получена тенденция к достоверности преобладания у врачей над ординаторами ($p=0,064$), что подтверждает меньшую распространенность СЭВ у обучающихся по программам специалитета и ординатуры.

При сравнении сумм СКС и СС по каждому симптому СЭВ между основными (I, II) и контрольной (III) группами достоверные различия были получены только по пяти симптомам СЭВ, а именно: НС, ЗвК, РПО, ЛО и ПиПВН. Так «неудовлетворенность собой» чаще встречалась у врачей, чем у ординаторов ($p=0,001$), «загнанность в клетку» - у студентов, чем у ординаторов ($p=0,0004$) и у врачей, чем у ординаторов ($0,01$), «редукция профессиональных обязанностей» - у врачей, чем студентов ($p=0,023$) и у врачей, чем у ординаторов ($p=0,0004$), «личностная отстраненность» и «психосоматические и психовегетативные нарушения» - у врачей, чем ординаторов ($p=0,006$ и $p=0,003$ соответственно), что свидетельствует о достоверно менее частой встречаемости данных симптомов у обучающихся по программам высшего образования.

Сравнительные данные по сумме формирующихся и сформированных стадий фаз СЭВ в основных (I, II) и контрольной (III) группах продемонстрировали достоверные различия по преобладанию данных

показателей как по фазе напряжения, так и по фазе резистенции у врачей надординаторами ($p=0,032$ и $p=0,036$ соответственно). По фазе истощения достоверных различий получено не было, несмотря на то, что у врачей в процентном отношении данная фаза встречалась значительно чаще, чем у ординаторов и студентов, а фаза резистенции доминировала во всех трех группах сравнения, что подтверждает меньшую распространенность СЭВ у обучающихся по программам специалитета и ординатуры.

При корреляционном анализе в группе обучающихся по программам специалитета выявлены прямые корреляционные связи средней силы между знаковым типом мышления и сильными эмоциями ($r=0,53$) и обратные слабые связи между инициативным стилем мышления и непонятностью ситуации ($r=-0,46$). При анализе матрицы корреляций в группе обучающихся по программам ординатуры обнаружено больше достоверных прямых и обратных корреляционных связей, однако все они являются очень слабыми, поэтому ими можно пренебречь. А при анализе матрицы корреляций в группе врачей найдены более значимые корреляционные связи: прямые сильные связи между креативностью и «непонятностью ситуации» ($r=0,75$) и обратные сильные связи между управленческим стилем мышления и «общими признаками трудных жизненных ситуаций» ($r=-0,82$), а также между управленческим стилем мышления и «перспективой будущего» ($r=-0,66$).

Корреляционный анализ с включением симптомов синдрома эмоционального выгорания показал: у студентов наличие прямых связей средней силы между знаковым типом мышления и «сильными эмоциями» ($r=0,53$), эмоциональной отстраненностью и «перспективой будущего» ($r=0,51$); у ординаторов наличие прямых и обратных связей очень слабой и слабой силы; у врачей наличие прямых связей средней силы между эмоциональной отстраненностью и «необходимостью быстрого, активного реагирования» ($r=0,69$) и обратных связей средней силы между «расширением сферы экономии эмоций» и знаковым типом мышления ($r=-0,52$), «эмоциональной отстраненностью» и креативностью ($r=-0,52$), а также сильных обратных связей

между «переживанием психотравмирующих ситуаций» с «сильными эмоциями» ($r=-0,75$) и «личностной отстраненности» с «сильными эмоциями» ($r=-0,76$).

Доказано, что у обучающихся по программам специалитета главным компонентом интегрального фактора, описывающего на 76,1% модель взаимодействия ряда факторов когнитивного оценивания, мышления и симптомов СЭВ является инициативный стиль мышления ($r=0,97$), поэтому влияние на инициативность может рассматриваться у студентов как способ профилактики развития СЭВ.

Установлено, что у обучающихся по программам ординатуры главными компонентами интегрального фактора, описывающего на 50,4% выше указанную модель, являются два симптома СЭВ, а именно: неадекватное эмоциональное избирательное реагирование и редукция профессиональных обязанностей ($r=0,79$ и $r=0,78$, соответственно), что указывает на возможность проведения психокоррекции в качестве профилактической меры прогрессирования СЭВ.

Обнаруженный у врачей символический тип мышления ($r=0,79$) в качестве главной компоненты модели, на 66,8% описывающей взаимодействие ряда факторов когнитивного оценивания, мышления и симптомов СЭВ, можно рассматривать как компенсаторный механизм развития СЭВ.

Выявлено, что в целом стили и типы мышления, а также креативность не оказывают влияния на факторы когнитивного оценивания. Однако образный тип мышления имеет тенденцию к достоверности ($p=0,068$) по влиянию на факторы когнитивного оценивания.

Доказано влияние ряда симптомов СЭВ на некоторые факторы когнитивного оценивания, а именно: неадекватное эмоциональное избирательное реагирование ($p=0,032$) и эмоциональная отстраненность ($p=0,0043$) достоверно влияют на «общие признаки трудных жизненных ситуаций» и «неподконтрольность ситуации», загнанность в клетку - на «непонятность ситуации» ($p=0,014$), эмоциональный дефицит ($p=0,018$) и личностная отстраненность ($p=0,039$) - на «трудности прогнозирования

ситуации».

Обнаружено достоверное влияние фактора когнитивного оценивания «общие признаки трудных жизненных ситуаций» на симптом неадекватного эмоционального избирательного реагирования ($p=0,019$) и «непонятность ситуации» на симптом загнанности в клетку ($p=0,035$).

Результаты проведенного логистического регрессионного анализа позволяют говорить об универсальности выявленных достоверных данных по профессиональному признаку (врачебная специальность).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врачебная профессиональная подготовка является наиболее сложной среди всех программ высшего медицинского образования. Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту (ФГОС) для нее характерны **многоступенчатость** (специалитет, ординатура), **разнонаправленность специальностей** специалитета (фундаментальная медицина– 3 специальности, клиническая медицина– 4 специальности, науки о здоровье и профилактическая медицина– 1 специальность, фармация– 1 специальность)[92] и ординатуры (клиническая медицина– 78 специальностей, науки о здоровье и профилактическая медицина – 14 специальностей, фармация – 4 специальности)[93], **длительность обучения** (всего 8 лет: специалитет – 6 лет, ординатура – 2-5 лет), **объемность программ** с теоретической и практической направленностью, **компетентностный подход** (получение знаний, умений и навыков для формирования компетенций), а также **выраженная психологическая нагрузка** (работа в системе «Человек-Человек»).

Диссертационное исследование проводилось в два этапа: теоретический и эмпирический. По результатам **теоретического анализа** обнаружено, что синдром эмоционального выгорания изучался практически только у студентов медицинских высших учебных заведений [42; 43; 48; 49; 83; 98; 127; 131; 132; 148; 155; 156; 160; 167; 176; 206; 219]. В научной литературе отмечено гораздо меньше данных по эмпирическим исследованиям на выборке ординаторов [49; 81; 143; 149; 153; 156; 161; 171; 189; 196; 198; 200; 205; 219], которые в России на сегодняшний день относятся к уровню высшего медицинского образования согласно ФГОС.

В рамках проведенного **эмпирического этапа** исследования на выборке из 380 человек, включающих 330 обучающихся по программам специалитета (30 чел.) и ординатуры (300 чел.), в качестве основных I и II групп, и 50 практикующих врачей, в качестве контрольной III группы, сначала с помощью методов описательной статистики проведена оценка стилей и типов мышления,

креативности, синдрома эмоционального выгорания, а также факторов когнитивного оценивания с целью определения структурных и функциональных особенностей изучаемых когнитивных факторов, а затем с помощью корреляционного, факторного и логистического регрессионного анализов осуществлен поиск предикторов развития синдрома эмоционального выгорания, что и было целью данного исследования.

По результатам проведенного исследования во всех трех группах выборки достоверно доминировал практический стиль мышления, который связан с направленностью на дело, что полностью согласуется с работами Белоусовой А.К. [7-12; 144; 145]. Так студенты, ординаторы и врачи в большей степени нацелены на составление плана профессионального действия, подбор средств его реализации и оценку полученных результатов. Врачи ставят диагнозы, проводят лечение и консультируют людей с заболеваниями, недугами и травмами. Их многочисленные обязанности включают осмотр пациентов, сбор информации о пациентах, проведение диагностических тестов и непосредственное лечение болезней. Студенты и ординаторы, в свою очередь, – это будущие врачи, которые должны иметь соответствующие клинические умения и навыки оказания медицинской помощи.

Проведенный анализ типов мышления позволяет отметить, что ординаторы достоверно чаще используют комбинированный тип мышления, студенты – образный тип мышления, а врачи – знаковый тип мышления. В студенческой выборке преобладает число студентов с образным типом мышления, благодаря которому преобразование полученной информации осуществляется посредством действий с образами. Мышление студентов отличается способностью быстро решать однотипные задания с определёнными словами и образами, в пределах одного способа решения и продуктивностью при выполнении заданий разного типа, которые требуют быстрого переключения с одного способа решения на другой. Студентам свойственны выраженные способности к оперированию умозаключениями, суждениями и понятиями на основе законов логики, к созданию принципиально новых идей. Их рассуждения

опираются на регламентированные стандартами модели профессионального поведения. Для них характерна высокая способность к познанию и решению возникающих проблем. Полученные нами данные полностью согласуются с мнением ряда отечественных авторов [31; 41; 76]. Например, по мнению Л.Г. Петровой, с приходом юношеского возраста, происходит изменение в особенностях мышления: появляется «конвертируемость» мышления, то есть способность изменять направление мысли, возвращаясь к исходному состоянию объекта; возникает притягательность к общим теориям, формулам; стремление к теоретическому мышлению считается возрастной особенностью. В этом возрасте персональные различия в мышлении четко классифицируются, что выражается в предпочтениях определенных академических предметов, результатах решения различных типов проблем и в особенностях познавательных целей [89].

В выборке врачей преобладает знаковый тип мышления, в процессе реализации которого преобразование информации осуществляется с помощью соответствующих понятий, суждения и умозаключений, что не противоречит работам Ганзена В.А. и Малышева К.Б. [41; 76]. Важным для врача является умение развить в себе способность к синтезу и анализу полученной информации, а также наблюдательность, чтобы уметь видеть картину болезни в целом и находить ее детали у конкретного пациента. Эти качества у будущего врача начинают формироваться уже на этапе обучения. Способность к умственному построению искусственной модели болезни, связанной с воссозданием "внутреннего" ее течения по внешним признакам – это ядро врачебного мышления. Врач часто сталкивается не только с неоспоримыми фактами (явными признаками какого-то заболевания), но и с нестандартными явлениями, не характерными для какого-то заболевания и которые объяснить сложно. Иными словами, врач многое видит, но не все может объяснить. Именно в этом случае врачу поможет представление об организме больного человека как единого целого, и тогда он найдет то звено, в котором это целое разрывается, что подтверждает системно-субъектный подход Сергиенко Е.А. [110].

В выборке ординаторов преобладает «комбинированный» тип мышления, характеризующийся сочетанием равно выраженных типов мышления (предметно-знаковый, предметно-символический и т.д.). Вероятно, у ординаторов наблюдается трансформация типа мышления при переходе от образного типа мышления, характерного для студентов, к знаковому типу мышления, свойственному врачам, что соответствует теоретическим выкладкам и результатам эмпирических исследований, касающихся ресурсности мышления в качестве средства реализации творческого потенциала личности [6].

При анализе показателей креативности обнаружены достоверно более высокие показатели у ординаторов по сравнению с врачами. Представления называют древним живым пламенем мозга, в котором скрыто творческое начало [61]. Оно помогает сочетать жизненный опыт, результаты наблюдений и действий врача. Хороший врач должен уметь в какой-то мере фантазировать, увлекаться своей идеей и одновременно быть профессионалом с критическим мышлением, обеспечивающим успешное проведение анамнеза как совокупности сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц. Следует отметить, что изучение анамнеза, как диагностической беседы, не сводится к простому перечню вопросов и ответов на них. Интеллектуально-коммуникативными способностями врача определяется стиль его беседы с больным. Именно в стиле беседы проявляется та психологическая совместимость, которая во многом определяет конечную цель — облегчение состояния пациента. В противном случае односторонность в клинической диагностике может привести к неадекватным профессиональным действиям.

В целом, обучающиеся по программам специалитета и ординатуры испытывают в меньшей степени трудности по большинству факторов когнитивного оценивания, что согласуется с работами Битюцкой Е.В. [15-26]. Однако студенты испытывают больше трудностей и вкладывают в них больше сильных эмоций, т.к. впервые встречаются с трудностями медицинской деятельности, в том числе вопросами жизни и смерти. При этом оценка синдрома

эмоционального выгорания, несмотря на меньшую выраженность психологического дискомфорта у обучающихся по сравнению с практикующими врачами, показала сам факт его наличия у студентов и ординаторов с динамикой нарастания выраженности отдельных симптомов от специалитета к ординатуре, что не противоречит данными эмпирических исследований зарубежных авторов [153-156; 203].

Таким образом, изученные структура и функциональные характеристики СЭВ, факторов когнитивного оценивания ТЖС, мышления и креативности в сравнительном аспекте на различных этапах высшего медицинского образования позволили выявить *динамичность* структуры СЭВ, факторов когнитивного оценивания ТЖС, типов и стилей мышления, свидетельствующие о постепенном прогрессировании эмоционального выгорания от этапов получения высшего профессионального образования, начиная со специалитета, далее переходя к ординатуре, и заканчивая практической врачебной деятельностью, причем с наименьшей выраженностью симптомов СЭВ на этапе специалитета.

Результаты корреляционного анализа показали, что студенты во время производственной практики еще не в полной мере обладают необходимыми профессиональными знаниями и навыками, что в ряде случаев проявляется наличием у них нервно-психического напряжения, тревожных и тревожно-фобических реакций. Возникновение защитных барьеров в профессиональных коммуникациях определяет значимость последствий ситуации и способствует фокусированию на последствиях событий, что в перспективе, вероятно, ведет к появлению «порочного круга», сопровождающегося прогрессированием и усугублением тревожных и тревожно-фобических расстройств, что согласуется с результатами исследований Stehman C.R. с соавторами [221].

Результаты факторного анализа, демонстрирующие постепенное увеличение значимости только двух факторов когнитивного оценивания ТЖС с параллельным нарастанием ряда симптомов СЭВ и резким падением значимости мышления от обучающихся по программе специалитета к обучающимся по программе ординатуры, а затем вновь резким подъемом к практикующим врачам

(Рис.14), позволили определить главные компоненты и особенности факторных нагрузок, которые могут выполнять роль мишени для возможной профилактики прогрессирования синдрома эмоционального выгорания: у студентов посредством влияния на инициативность, у ординаторов и врачей посредством улучшения символизма путем совершенствования системы поддержки принятия решений (в том числе через IT технологии). «Провал» роли мышления у ординаторов можно объяснить следующим образом: во-первых, ординаторы в отличие от студентов уже имеют диплом о высшем образовании, поэтому на этапе ординатуры у них отсутствует оценочное мотивирование, в качестве дополнительного стрессового фактора, вынуждающего повторять теоретический материал.



Рисунок 14. Обобщенная схема: Особенности факторной структуры в основных и контрольной группах.

Во-вторых, у ординаторов сразу же полностью подавляется инициативность из-за необходимости строго следовать документам, регламентирующим медицинскую деятельность, а символизм мышления еще не

успевает проявиться, так как отсутствует опыт работы с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи. В-третьих, за работу ординаторов несут ответственность врачи-кураторы, что также ослабляет стимул к активному совершенствованию медицинских компетенций, полученных на этапе специалитета, то есть ресурсности мышления.

Таким образом, обоснована модель наиболее важных и взаимодействующих между собой ряда факторов когнитивного оценивания ТЖС, мышления и симптомов эмоционального выгорания у обучающихся по программам высшего медицинского образования (специалитета и ординатуры), основанной на системно-субъектном подходе.

Результаты проведенного логистического регрессионного анализа позволяют говорить об универсальности выявленных достоверных данных по профессиональному признаку (врачебная специальность), причем двухсторонней направленности. Общие признаки ТЖС значимы для субъекта, вызывают беспокойство, требуют высоких затрат ресурсов, что предсказывает неадекватное избирательно эмоциональное реагирование, то есть не контролируемое влияние настроения на профессиональные отношения. Неподконтрольность ситуации, которая характеризует восприятие ситуации, не зависящей от действий человека и не поддающейся влиянию на ее развитие и исход, вызывает ощущение безвыходности ситуации и желание изменить работу или вообще профессиональную деятельность, что в целом не противоречит работам Е.В. Битюцкой, в том числе и с соавторами [15-26].

Таким образом, у студентов выявлено больше, чем у ординаторов, значимых факторов когнитивного оценивания ТЖС на фоне уже формирующегося СЭВ, что связано с теоретической направленностью обучения/подготовки у студентов и начальным этапом вхождения в профессию, и практической направленностью этапа обучения у ординаторов, сопровождающегося большим уровнем профессиональной ответственности. Особенности медицинской деятельности связаны с практическим стилем мышления, что подтверждается нацеленностью на профессиональные действия

на всех этапах обучения медицинской специальности. У ординаторов происходит трансформация типа мышления при переходе от образного типа, характерного для студентов, к знаковому типу, свойственному врачам. Минимальный объем ответственности за профессиональную медицинскую деятельность у ординаторов не ограничивает проявление их креативности и творческих способностей, поэтому они сохраняют способность к оригинальным нестандартным действиям. Постепенное нарастание количества корреляционных связей от обучающихся к практикующим врачам отражает завершающий этап профессионального образования и переход к практической врачебной деятельности, что связано с увеличением бремени профессиональной ответственности. Полученные результаты факторного анализа позволяют разработать меры профилактики прогрессирования СЭВ: путем развития инициативности и творчества у студентов, проведения образовательных программ (основы психологии, взаимодействие в диаде «врач-больной» и т.п.) у ординаторов, и совершенствование символизма путем внедрения инструментов с алгоритмами действий врача при различных медицинских ситуациях.

Роль предикторов СЭВ выполняют именно общие признаки ТЖС, которые универсально значимы для субъекта, имеющего отношение к профессии врача, причем как на этапе обучения (специалитет и ординатура), так и этапе практической деятельности, т.к. вызывают беспокойство, что предсказывает неконтролируемое влияние настроения на профессиональные отношения. А непонятность ситуации отражает непонимание ситуации, неочевидность выхода из нее, а также оценку собственных ресурсов (знаний, опыта) как недостаточных для преодоления ситуации, желание изменить работу или вообще профессиональную деятельность. Однако и симптомы СЭВ влияют на факторы когнитивного оценивания ТЖС при уже формирующемся эмоциональном выгорании, что свидетельствует о формировании «порочного круга», поддерживающего прогрессирование СЭВ, и подтверждает необходимость разработки и применения профилактических мер.

В итоге по результатам проведенного эмпирического исследования были

получены подтверждения основной и частных гипотез. Кроме того, впервые в отечественной психологии показана необходимость дифференцированного подхода в зависимости от этапа высшего медицинского образования к выбору субъектом стратегий поведения и определено влияние таких факторов, как содержание ситуации и частота ее возникновения в профессиональной медицинской деятельности.

Полученные результаты позволяют выявить специфику когнитивного оценивания, особенностей мышления и креативности на разных этапах высшего медицинского образования. Описанные в работе закономерности восприятия и интерпретации жизненных ситуаций в профессиональной медицинской сфере, совладания с ними могут быть широко использованы в практике психологического консультирования для профилактики СЭВ.

Результаты проведенного исследования внедрены в учебный процесс кафедры педагогики и педагогической психологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова». Материалы исследования легли в основу дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Профилактика профессионального выгорания у обучающихся по программам высшего профессионального медицинского образования: специалитета и ординатуры».

Кроме того, результаты исследования могут быть использованы в социальной психологии личности, психологии труда и педагогической психологии, при подготовке педагогических кадров, при создании и реализации программ стресс-менеджмента, направленных на повышение стрессоустойчивости обучающихся по программам высшего медицинского образования (специалитета и ординатуры) в процессе совладания со сложными профессиональными ситуациями, а также для создания программ группового и индивидуального сопровождения личности.

ВЫВОДЫ

1. Особенности медицинской деятельности связаны с практическим стилем мышления, что подтверждается нацеленностью на профессиональные действия на всех этапах обучения медицинской специальности. У ординаторов происходит трансформация типа мышления при переходе от образного типа мышления, характерного для студентов, к знаковому типу мышления, свойственному врачам.
2. Минимальный объем ответственности за профессиональную медицинскую деятельность у ординаторов не ограничивает проявление их креативности и творческих способностей, поэтому они сохраняют способность к оригинальным нестандартным действиям.
3. Выявлено, что обучающиеся по программам специалитета и ординатуры испытывают меньше трудностей по большинству факторов когнитивного оценивания ТЖС, однако студенты по сравнению с ординаторами имеют более выраженные трудности по «Общим признакам трудных жизненных ситуаций» и «Сильным эмоциям», что связано с теоретической направленностью подготовки студентов и начальным этапом их вхождения в профессию, в то время как у ординаторов обучение имеет, преимущественно, практическую направленность и характеризуется более высоким уровнем профессиональной ответственности.
4. Особенности СЭВ у обучающихся по программам высшего медицинского образования являются психологическая структура, имеющая меньше складывающихся/сложившихся симптомов СЭВ и свидетельствующая о меньшем эмоциональном дискомфорте по сравнению с практикующими врачами, а также динамика нарастания выраженности эмоциональной составляющей синдрома с тенденцией к формированию фазы истощения у врачей.
5. Обнаружены прямые корреляционные связи средней силы между «Знаковым типом мышления» и «Сильными эмоциями» и прямая корреляционная связь между «Эмоциональной отстраненностью» и

«Перспективой будущего» в группе студентов. У ординаторов выявлены слабые статистически значимые корреляционные связи, отражающие переход к практической врачебной деятельности и связанные с увеличением бремени профессиональной ответственности, не столь выраженной как у практикующих врачей.

6. Установлено, что главными компонентами, определяющими взаимосвязь СЭВ и когнитивных факторов (мышления, КО ТЖС), являются инициативный стиль мышления в группе специалитета, симптомы СЭВ «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» и «Редукция профессиональных обязанностей» в группе ординаторов и символический тип мышления в группе врачей.

7. Установленные главные компоненты факторных моделей позволяют разработать меры профилактики прогрессирования СЭВ путем развития инициативности и творчества у студентов, реализация образовательных программ (основы психологии, деонтологическое взаимодействие в диаде «врач-больной») у ординаторов и совершенствования символизма с использованием алгоритмов действий врача в различных медицинских ситуациях.

8. Установлено, что факторы когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций обладают предиктивной значимостью в отношении симптомов эмоционального выгорания. Фактор «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» является предиктором симптома «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование», а фактор «Непонятность ситуации» - предиктором симптома «Загнанность в клетку».

9. В свою очередь симптомы эмоционального выгорания являются предикторами факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций. Симптомы «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» и «Эмоциональная отстраненность» - предикторы фактора «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» и «Неподконтрольность ситуации». Симптомы «Эмоциональный дефицит» и «Личностная отстраненность» являются предикторами фактора «Трудности прогнозирования

ситуации». Симптом «Загнанность в клетку» - предиктор фактора «Непонятность ситуации».

10. В качестве дидактической мишени для профилактики СЭВ в развитии эмоционального выгорания определена ведущая роль мышления, которое выполняет функцию ресурсности. В ходе профилактики СЭВ выявлены следующие особенности: у студентов - повышение инициативности, у ординаторов и врачей – увеличение символизма путем совершенствования системы поддержки принятия клинических решений. Возрастание значимости факторов когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций от студентов к врачам свидетельствует об их триггерной функции по отношению к эмоциональному выгоранию. Основу проведенных профилактических мероприятий составили те психологические триггеры, которые порождают положительные эмоции и имеют конструктивный характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине: учеб. пособие/ Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. // – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. –272 с.
2. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита/ Анцыферова Л.И. // Психологический журнал, 1994. Т. 15, № 1. С. 3 – 19.
3. Бабаева, Ю.Д. Эмоции и проблемы классификации видов мышления/ Бабаева Ю.Д., Васильев И.А., Войскунский А.Е., Тихомиров О.К. // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1999 № 2, с. 91 - 96 (часть 1); № 3, с. 42 - 55 (часть 2)
4. Багрий, М.А. Особенности развития профессионального стресса у врачей разных специальностей: автореф. дисс.... канд. психол. наук. Москва: 2009. 29с.
5. Баранов, А.А. Вопросы психологии и психосоматики в послевузовской и дополнительной профессиональной подготовке врачей общей практики (семейных врачей) / А.А. Баранов, Р.Г. Аксенфельд, А.А. Колинко, Л.А. Савельева. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья научно-практический журнал. – 2020. - № 81 (III квартал) / Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, 2020. – С. 3-6.
6. Басова, А.Г. Понятие эмпатии в отечественной и зарубежной психологии / Басова А.Г.// Молодой ученый. – 2012. - №8. – С.254-256.
7. Белоусова, А.К. Разработка теста для диагностики стиля мышления /А.К. Белоусова// Сб. научных статей. Актуальные проблемы психологической диагностики. – Ростов-на-Дону: ЮРГИ, 2001. – С. 88–104.
8. Белоусова, А.К. Самоорганизация совместной мыслительной деятельности. /А.К. Белоусова //– Ростов н /Д: Изд-во РГПУ, 2002. – 360 с.
9. Белоусова, А.К. Стиль мышления: учеб. пособие / А.К. Белоусова, В.И. Пищик // -Ростов н/Д: Изд-во ЮФУ, 2011. -168 с.
10. Белоусова, А.К. Стиль мышления: Учебное пособие./Белоусова А.К. // – Ростов-на-Дону, 2008. – 106 с.

11. Белоусова, А.К. Особенности стиля мышления медицинских работников и их взаимосвязь со свойствами темперамента / А.К. Белоусова, Д.С. Рубцова // Психология обучения. – 2015. – № 1. – С. 18-28.
12. Белоусова, А.К. Стили мышления и их выраженность у представителей различных профессиональных групп / А.К. Белоусова, Д.С. Рубцова // Психология обучения. – 2014. – № 2. – С. 5-18.
13. Бердяева, И.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей/ Бердяева И.А., Войт Л.Н. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012; (2): С. 117-120.
14. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека/ Березин И.А.// Л.: Наука, 1988. - 270 с.
15. Битюцкая, Е.В. Особенности восприятия жизненных событий людьми с разными предпочитаемыми стилями реагирования на изменения/ Битюцкая Е. В., Базаров Т. Ю. // Вопросы психологии. — 2019. — № 3. — С. 94–106.
16. Битюцкая, Е.В. Структура и динамика образа трудной жизненной ситуации/ Битюцкая Е. В. // Вопросы психологии. — 2020. — Т. 66, № 3. — С. 116–131.
17. Битюцкая, Е.В. Типы ориентаций в трудных ситуациях / Битюцкая Е.В.// Вопросы психологии. — 2018. — № 5. — С. 41–53.
18. Битюцкая, Е.В. Опросник Типы реагирования на ситуацию изменений: структура шкал и психометрические показатели/ Битюцкая Е. В., Базаров Т. Ю., Корнеев А. А. // Психология. Журнал Высшей Школы экономики. — 2021. — Т. 18, № 2. — С. 297–316.
19. Битюцкая, Е.В. Диагностика факторов копинга: апробация опросника Типы ориентаций в трудных ситуациях/ Битюцкая Е. В., Корнеев А. А. // Психологический журнал. — 2020. — Т. 41, № 1. — С. 106–120.
20. Битюцкая, Е.В. Субъективное оценивание трудной жизненной ситуации: диагностика и структура/ Битюцкая Е. В., Корнеев А. А.// Вопросы психологии. — 2021. — № 4. — С. 100–113.

21. Битюцкая, Е.В. Когнитивное оценивание, психологическая защита и тревожность в структуре субъективного образа трудной жизненной ситуации /Битюцкая Е.В., Петровский В.А.// Психология индивидуальности. Материалы III Всеросс. науч. конф. / Отв. ред. А. Б. Орлов. М.: ИД ГУ ВШЭ, 2010. Ч. 1. С. 87-88.
22. Битюцкая, Е.В. Когнитивное оценивание и стратегии совладания в трудных жизненных ситуациях: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Битюцкая Екатерина Владиславовна - М., МГУ, 2007. -209 с.
23. Битюцкая, Е.В. Методологические аспекты изучения копинг-поведения: учет ситуационных факторов/ Битюцкая Е.В. // Психология перед вызовом будущего: Материалы научной конференции, приуроченной к 40-летнему юбилею факультета психологии МГУ. М.: МГУ, 2006. С. 203 – 205.
24. Битюцкая, Е.В. Ситуационные факторы совладающего поведения / Битюцкая Е.В. // Вестник молодых ученых «Ломоносов». Выпуск III. М.: МАКС Пресс, 2007. С. 259 – 265.
25. Битюцкая, Е.В. Когнитивное оценивание трудной жизненной ситуации с позиций деятельностного подхода А.Н. Леонтьева /Битюцкая Е.В. //Вестн. Моск. ун-та. сер. 14. психология. 2013. № 2, 40-56.
26. Битюцкая, Е.В. Современные подходы к изучению совладания с трудными жизненными ситуациями / Битюцкая Е.В.//Вестн. Моск. ун-та. сер. 14. психология. 2011. № 1. С. 100 – 111.
27. Бодров, В.А. Когнитивные процессы и психологический стресс. / Бодров В.А. // Психологический журнал, 1996. Т. 17, № 4. С. 64 – 74.
28. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление/ Бодров В.А.// - М: Пер Сэ, 2006.- 528 с.
29. Бойко, В.В. Психоэнергетика: краткий справочник/ Бойко В.В.// – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.
30. Бойко, В.В. Энергия эмоций: [Эмоции в общении. Эмоции в проявлениях личности. Созидающая и разрушающая сила эмоций. Методики для изучения эмоций]/ В.В. Бойко// 2-е изд., доп. и перераб. - М.: [Питер и др.], 2004. - 473 с.

31. Бокова, О.А. Особенности взаимосвязи когнитивных связей, типов мышления и креативности подростков в процессе обучения/ О.А. Бокова, Ю.А. Мельникова// Мир науки, культуры, образования. №2 (81). 2020. С. 366-369.
32. Борисова, А.А. Эмоциональный облик человека и психологическая проницательность / Борисова А.А.// Особенности познания и общения в процессе обучения. – Ярославль: Соло. – 2008. 234 с.
33. Брунер, Дж. Психология познания/ Брунер Дж.// М.: «Прогресс», 1977. 413 с.
34. Брушлинский, А.В. О тенденциях развития современной психологии мышления/ Брушлинский А.В., Тихомиров О.К. // Национальный психологический журнал - 2013. - №2(10) - с.10-16.
35. Бурлачук, Л.Ф. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие/ Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю.// - М.: Российское педагогическое агентство, 1998. - 263 с.
36. Бурлачук, Л.Ф. К психологической теории ситуации / Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б.//Психологический журнал, 2002. Т. 23, № 1. С. 5 – 17.
37. Водопьянова, Н.Е. Ресурсное обеспечение противодействия профессиональному выгоранию субъектов труда (на примере специалистов «субъект-субъектных» профессий): автореф. дис. ... докт. психол. наук. – СПб., 2014.
38. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. / Водопьянова Н.Е.//СПб.: Питер, 2005. 336 с.
39. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. Т. 4. М. Педагогика, 1984. 432 с.
40. Гальперин, П.Я. Методы обучения и умственного развития ребенка/ Гальперин П.Я.// М.: изд. МГУ, 1985.-. 45 с.
41. Ганзен, В.А. Профиль мышления / В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец // Практикум по психологии профессиональной деятельности. СПб.: Питре, 2001. С. 159 - 164.
42. Глазачев, О. С. Синдром эмоционального выгорания у студентов вузов: поиски путей оптимизации педагогического процесса/ Глазычев О.С. // Вестник

Международной академии наук (Русская секция). Спецвыпуск // Экология человека: на пути становления гуманитарных образовательных технологий: материалы круглого стола. – 2011. – С. 26–45.

43. Глазачев, О.С. Психосоматическое здоровье студентов-медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий/ Глазачев О.С. // Вестник МГГУим. М.А. Шолохова. Социально-экологические технологии. – 2011. – № 1. – С. 63–78.

44. Гнездилова, О. Н. Инновационная педагогическая деятельность как фактор предупреждения эмоционального выгорания учителя: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005.

45. Говорин, Н.В. Психическое здоровье и качество жизни врачей/ Говорин Н.В., Бодагова Е.А.// Томск; Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.

46. Деркач, А.А. Акмеология: учебник/ Деркач А.А.// М: РАГС, 2002. 650 с.

47. Дорфман, Л.Я. Соотношение ресурсов, потенциалов и академических достижений студентов. Сообщение 1. Дифференциация ресурсов и потенциалов/Л.Я. Дорфман, А.Ю. Калугин // Образование и наука. 2020;22(4):64-88.

48. Дьюи, Д. Психология и педагогика мышления/ Дьюи Д.//- М.: Совершенство, 2007- 204 с.

49. Захарова, Д.А. Синдром эмоционального выгорания в медицине и принципы его коррекции. /Захарова Д.А., Гребешкова Е.В., Гуляева А.А., Кравцова А.В., Митрохина Р.В., Новожеева О.С., Прощкая А.П.// Смоленский медицинский альманах - №1, 2020. С.122-126.

50. Зелезинская, Г.А. Качество жизни студентов-медиков и клинических ординаторов / Г.А. Зелезинская, П.Н. Коренько, М.А. Кравченко, А.И. Саллум // Медицинский журнал МГТУ. – 2006. – № 4. – С. 20–26.

51. Знаков, В.В. Психология возможного: Новое направление исследований понимания. /В.В. Знаков // 3-е изд., испр. и доп. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». - 2022. – 365 с. (Достижения в психологии).

52. Карпов, А.В. Метакогнитивные детерминанты психического выгорания в профессиональной деятельности / Карпов А.В.// Перспективы науки и образования. 2019. № 6 (42). С. 322-337. doi: 10.32744/pse.2019.6.27
53. Кашапов, М.М. Динамика личностных качеств врача на этапах профессионализации / Кашапов М. М., Солодчук О. Н.// Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. 2017. №1 (4). С. 66-83.
54. Кашапов, М.М. Акмеологические и психологические механизмы творческого мышления профессионала в контексте метакогнитивного подхода. /Кашапов М.М.// Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2009. № 1. С. 4-12.
55. Кашапов, М.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на конфликтную компетентность у молодых врачей / М.М. Кашапов, Л.А. Савельева // Материалы XXV международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «ЛОМОНОСОВ» [Электронный ресурс], МГУ им. М.В. Ломоносова 9-13 апреля 2018 года, г.Москва. - С.1-2. uid240523_report.pdf (lomonosov-msu.ru)
56. Кашапов, М.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на типы разрешения конфликтной ситуации молодыми врачами / М.М. Кашапов, Л.А. Савельева // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2018. – Т.28, № 2. – С. 193-201.
57. Кашапов, М.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на типы разрешения конфликтной ситуации молодыми врачами / М.М. Кашапов, Л.А. Савельева // Вестник студенческого научного общества 2018 [Электронный ресурс]: материалы 73-й студенческой конференции / под науч. ред. А.М. Ходырева. -Ярославль: РИО ЯГПУ, 2018.-425 с. – С. 319-321.
58. Кашапов, М.М. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей-ординаторов / М.М. Кашапов, Л.А. Савельева // Ярославский психологический вестник. Научный журнал. / Москва-Ярославль, Издательство: РПФ «Титул», 2018, - 123 с. – Т.40, Вып.1. – С. 58-66.

59. Кашапов, М.М. Креативность и творчество как когнитивный ресурс профессиональной деятельности / Кашапов М.М, Савельева Л.А. // С 409 Психология способностей и одаренности: материалы Всероссийской научно-практической конференции, (21-22 ноября 2019 г.)/ под ред. проф. В.А. Мазилова. – Ярославль: РИО ЯГПУ, 2019. – 552 с. – С. 418-421.
60. Кашапов, М.М. Методологические основы акмеологии как науки о профессионализации субъекта / М.М. Кашапов, Л.А. Савельева // Ярославский психологический вестник. Научный журнал/ Москва-Ярославль, Издательство: РПФ «Титул», 2018, - 123 с. – Т.40, Вып.1. – С. 5 – 11.
61. Кашапов, М.М. Психология творческого мышления: учеб. пособие. / Кашапов М.М./М.: ИНФРА-М, 2017. 436 с.
62. Кашапов, М.М. Ресурсность мышления как средство реализации творческого потенциала личности / Кашапов М.М., Шаматонова Г.Л., Кашапов А.С., Отставнова И.В. // Интеграция образования. 2017. Т. 21, № 4. С. 683–694.
63. Кашапов, М.М. Метакогнитивное обоснование ситуативности/ надситуативности мышления в качестве критерия оценки решения проблемных ситуаций в коммуникациях / М.М. Кашапов, И.В. Серафимович, Т.В. Огородова// Учебные записки Казанского Университета. – 2015. – Т.157, кн. 4. – С. 189-202.
64. Когнитивный ресурс: структура, динамика, развитие. / А.Н. Воронин, Н.Б. Горюнова // – М.: Издво «Институт психологии РАН», 2016. – 276 с.
65. Коклубовская, Т.Б. Особенности проявления признаков эмоционального выгорания у врачей / Коклубовская Т.Б.// Вопр. психологии. 2014. №2. С.75-81.
66. Корнилова, Т.В. Интеллектуально-личностный потенциал человека в психологической регуляции выборов и продуктивных решений // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2011. № 1. С. 66-78.
67. Крюкова, Т.Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения / Крюкова Т.Л.// Психологический журнал, 2005. Т.26, № 2. С. 5 – 15.

68. Лаврененко, И.М Роли и функции социальных работников/ Лаврененко И.М., Мещанкина И.С. // Профессиональная деятельность социального работника: содержание и функции. М, 2004, 58 с.
69. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования //Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции / Ред. Леви Л. - Л.: Медицина, 1970. С. 178 – 208.
70. Ларионова, Л.И. Проблема ресурсного подхода в психолого-педагогической литературе / Л.И. Ларионова // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Т. 6. № 6А. – С. 50-58.
71. Левин, К. Конструктивное представление ситуации/ Левин К. // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. Н.В. Гришина. - СПб.: Питер, 2001. С. 34-37.
72. Леонтьев, А.Н. Психология образа / Леонтьев А.Н.// Веста. Моск. ун-та. Сер. 14 Психология, 1979, №2. С.3-11.
73. Либина, Е.В. Индивидуальные различия в стратегиях разрешения человеком сложных жизненных ситуаций. Автореф. дис.... канд. психол. н. М., 2003.
74. Лурия, А.Р. Предисловие редактора русского издания книги Брунера // Брунер Дж. Психология познания. М.: «Прогресс», 1977. С. 5 – 7.
75. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа. [Пер. с нем.]. Вопросы психологии 2008; (3): С. 3-16.
76. Малышев, К.Б. Изучение мышления с помощью многомерного типологического подхода/ К.Б. Малышев // Ярославский педагогический вестник. 2014. Т. II. № 2. С.218-222.
77. Мальцева, Н. В. Проявление синдрома психического выгорания в процессе профессионализации учителя в зависимости от возраста и стажа работы/ Мальцева Наталья Владимировна // Дисс. ...канд.психол. наук: 19.00.13, 19.00.07 / Казан. гос. техн. ун-т им. А.Н. Туполева. - Казань, 2005. - 20 с.
78. Маслова, Н.Н. // Роль личности педагога и наставника в формировании профессиональных качеств и особенностей характера будущего врача /Маслова

Н.Н., Кислякова Е.А., Майорова Н.Г., Трясунова М.А. и др.//.- Смоленский медицинский альманах. Серия «педагогика высшей школы». Смоленск: Изд-во СГМУ, 2015. - №2, 282 с.

79. Матюшкин, А. М. Проблемные ситуации в мышлении и обучении/ А. М. Матюшкин. – М.: Просвещение, 1973. – 220 с.

80. Матюшкина, Е.Я. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] / Е.Я. Матюшкина, А.П. Рой, А.А. Рахманина и др. // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39—49. URL: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104

81. Матюшкина, Е.Я. Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии/Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б. // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С.46-69

82. Махнач, А.В. Жизнеспособность человека: новое понятие и новые вызовы // Разработка понятий современной психологии / отв. ред. Е.А. Сергиенко, А.Л. Журавлев. М.: Ин-т психологии РАН, 2018. С. 551-569.

83. Мягер, В.К. Психопрофилактика невротических расстройств у студентов ВУЗов /Мягер В.К., Бараш Б.А.// Психологическая служба в высшей школе: Сб. науч. трудов. Новосибирск: НГУ, 1981. С. 88 – 95.

84. Никольская, И.М. Психологическая защита у детей/Никольская И.М., Грановская Р.М. // -СПб.: Речь, 2000.- 507 с.

85. Орел, В.Е. Синдром психического выгорания личности/ Орел В.Е.// М., 2006. 329 с.

86. Орел, В.Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания. / Валерий Емельянович Орел //Дисс. ... д-ра психол. наук: 19.00.03/ Ярослав. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. - Ярославль, 2005. - 605 с.

87. Орел, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Школьный психолог. 2001. Т.22. №1. С.90-101.

88. Пасечник, И.П. Аспекты реабилитации врача при смерти пациента. / Пасечник И.П. Пасиешвили Л.М.//Семейная медицина. 2013; (46): С. 130-132.
89. Петрова, Л.Г. Связь развития вербальной смысловой памяти с теоретическим возрастом: на примере юношеского возраста / Л.Г. Петрова// Психология. 2011; 15: С.56 – 59.
90. Петухов, В.В. Воображение и познание // Модели мира / отв ред. Д.Н. Поспелов. - М., 1997. С. 27 – 33.
91. Практикум по психологии профессиональной деятельности и менеджменту / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2001. 239 с.
92. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. N 1061 "Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования" (с изменениями и дополнениями)/ Приложение N 3. Перечень специальностей высшего образования – специалитета. Приложение 3 изменено с 8 мая 2021 г. - Приказ Минобрнауки России от 15 апреля 2021 г. N 296 [Электронная ссылка] Режим доступа: <https://base.garant.ru/70480868/3e22e51c74db8e0b182fad67b502e640/>
93. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. N 1061 "Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования" (с изменениями и дополнениями)/ Приложение N 6. Перечень специальностей высшего образования - подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры [Электронная ссылка] Режим доступа: <https://base.garant.ru/70480868/7dedebac8f25be619ed07c17ed1c62c9/>
94. Реан, А.А. Психология адаптации личности: учебно-научное издание/ Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А.// - СПб.: Мед. пресса, 2002. - 352 с.
95. Резников, А.Г. Его называют Эйнштейном медицины. К 100-летию юбилею Ганса Селье. [Электронный ресурс] <https://www.health-ua.org/faq/shkola-zdorovya/2740.html> (дата обращения 20.10.2019)
96. Рогинская, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Рогинская А.Г.// Психол. журнал. 2002. Т.23. №3. С.85-95.
97. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. /Рубинштейн С.Л. //М.,

1989.

98. Савельева, Л.А. Взаимосвязь стилей и типов мышления и факторов когнитивного оценивания у студентов и ординаторов / Савельева Л.А., Кашапов М.М. // XXVIII Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов – 2021». Секция «Психология труда и инженерная психология» [Электронный ресурс], С.1-2 uid240523_report.pdf (lomonosov-msu.ru)

99. Савельева, Л.А. Влияние стилей, типов мышления и уровня креативности на факторы когнитивного оценивания / Савельева Л.А., Кашапов М.М. // С 73 Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен/ Отв. ред. А.Л. Журавлёв, М.А. Холодная, П.А. Сабадош. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2020.-1905 с. Doi 10.38098/proc.2020.559.34.001 – С. 1349-1357.

100. Савельева, Л.А. Возможности профилактики профессионального выгорания на основе использования когнитивных ресурсов у ординаторов / Савельева Л.А., Кашапов М.М. // Вестник интегративной психологии. Журнал для психологов, Ярославль. – 2020. – Вып. 20. – С. 113-119.

101. Савельева, Л.А. Когнитивная основа типов решения конфликтной ситуации и профессиональной коммуникативной компетентности у молодых врачей / Л.А. Савельева, М.М. Кашапов // Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности / Отв. ред. В.В. Знаков, А.Л. Журавлев. – М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2018, - 2216 с. С. 1078-1086.

102. Савельева, Л.А. Когнитивные основы синдрома эмоционального выгорания у обучающихся по программа ординатуры / Л.А. Савельева, М.М. Кашапов, М.И. Савельева. – DOI 10.32744/pse.2021.2.24 // Перспективы науки и образования. – 2021. – Т.50, № 2. - С. 353-364.

103. Савельева, Л.А. Когнитивные основы синдрома эмоционального выгорания ординаторов в условиях последипломного образования / Савельева Л.А., Кашапов М.М., Ильин М.В. // Вестник Костромского государственного

университета. Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2021.- Т.27, – № 1. – С. 77-82.

104. Савельева, Л.А. Когнитивные ресурсы профилактики профессионального выгорания у ординаторов / Савельева Л.А., Кашапов М.М. // Ярославский психологический вестник. Научный журнал. Выпуск 3 (45). Москва-Ярославль, Издательство: РПФ «Титул», 2019. – 120 с. – С. 73-79.

105. Савельева, Л.А. Особенности синдрома эмоционального выгорания у ординаторов на последипломном этапе образования / Л.А. Савельева, М.М. Кашапов // Известия Иркутского государственного университета. – 2019. - Т.29, серия психология. – С. 69-78.

106. Савельева, Л.А. Особенности синдрома эмоционального выгорания у ординаторов хирургического и терапевтического профилей (Features of emotional burnout syndrome in residents of surgical and therapeutic profiles) / Л.А. Савельева // Грани гуманитарного знания: сборник научных статей стипендиатов Оксфордского Российского Фонда, обучающихся в Ярославском государственном университете им. П.Г. Демидова 2018-2019 уч. год. / отв. ред. А.В. Егорова. – Ярославль: ЯрГУ, 2019. – 128 с.- С. 75-81.

107. Савельева, Л.А. Оценка когнитивных факторов и их взаимосвязей с синдромом эмоционального выгорания на разных уровнях медицинского образования / Л.А. Савельева, М.М. Кашапов, М.И. Савельева // Вестник Костромского государственного университета. Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2021. –Т.27.- № 3. – С.160-166.

108. Савельева, Л.А. Структура, выраженность и распространенность синдрома эмоционального выгорания у ординаторов / Л.А. Савельева, М.М. Кашапов // Спортивная медицина и реабилитация. Научно-практический журнал. 2020. - Т.1, №1. – С. 26-36.

109. Савельева, Л.А. Факторы, влияющие на когнитивное оценивание / Савельева Л.А., Кашапов М.М. // Ярославская психологическая школа: история, современность, перспективы. Сборник материалов Всероссийской научной конференции Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова 8-

- 10 октября 2020 г./ отв. ред. А.В. Карпов. - Ярославль, ЯрГУ, 2020 – 644 с. – С. 427-431.
110. Сергиенко, Е.А. Системно-субъектный подход: обоснование и перспектива/ Е.А. Сергиенко // Психологический журнал. 2011. Т.32, №1, С.120-132.
111. Сергиенко, Е.А. Субъективный и хронологический возраст человека / Сергиенко Е.А.// Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 30. С. 10. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 13.05.2018).
112. Сидоров, П.И. Синдром эмоционального выгорания. Причины, симптомы, лечение и профилактика. / Сидоров П.И.//Педагогическая техника. 2013; (1): С.68-74.
113. Скугаревская, М.М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания. / Скугаревская М.М.//Минск: БГУ, 2003. С.82-86
114. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова / Курск. гос. ун-т. – Курск, КГУ, 2008. – 336 с.
115. Степаносова, О.В. Интуитивные компоненты в процессе принятия решения. Дис.... канд. психол. наук: 19.00.01 / Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. Фак. психологии. - Москва, 2004. - 208 с.
116. Стернберг, Р. Инвестиционная теория креативности/ Стернберг Р., Григоренко Е.//Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 2. С. 144-160.
117. Стрелков, Ю.К. Инженерная и профессиональная психология./ Стрелков Ю.К.// М.: Академия; Высшая школа, 2001.
118. Субъект и объект практического мышления. Коллективная монография / Под ред. А.В. Карпова, Ю.К. Корнилова. — Ярославль: «Ремдер», 2004 — 246 с.
119. Суроедова, Е.А. Изучение стилевых и типологических особенностей мышления картографов и инженеров – конструкторов швейных изделий. [Электронный ресурс]/ Е.А. Суроедова, Н.Н. Мозговая, Е.А. Азарова.// Инженерный вестник Дона, 2015. - №3.

ivdon.ru/ru/magazine/archive/n3y2015/3199. Электронный научный журнал «Инженерный вестник Дона», 2007–2015.

120. Теплов, Б.М. Проблемы индивидуальных различий. / Теплов Б.М.//М., 1961. С. 252- 346.

121. Тихомиров, О.К. Психология мышления/ Тихомиров О.К.// - М., МГУ, 1984. - 272с.

122. Тихомиров, О.К. Развитие деятельностного подхода в психологии мышления/Тихомиров О.К., Бабаева Ю.Д., Березанская Н.Б., Васильев И.А., Войскунский А.Е. // Традиции и перспективы деятельностного подхода в психологии: школа А.Н. Леонтьева / Под ред. А.Е. Войскунского, А.Н. Ждан, О.К. Тихомирова. - М.: Смысл, 1999 - 429 с.

123. Тихомиров, О.К. Эмоции и мышление. / Тихомиров О.К., Васильев И.А., Поплужный В.А.//М.: МГУ, 1980. - 191 с.

124. Тихомиров, О.К. Психология мышления/ Тихомиров О.К.// М.: МГУ, 1984. 272 с.

125. Филатова, Ю.С. Особенности конфликтной компетентности врача-терапевта на разных этапах профессиональной подготовки /Филатова Ю.С, Коршунов Н.И.// Образование через всю жизнь // Сборник статей, посвященный 40-летию института последипломного образования ЯГМУ / Отв. ред. Н.А. Русина. Ярославль, Аверс-плюс, 2015. 200 с. – С. 87-92.

126. Филатова, Ю.С. Профессиональная деятельность врача-терапевта: проблемы и перспективы // Психология отношения к жизнедеятельности: проблемы и перспективы. Тезисы докладов Международной научно-практической конференции 10 – 13 июля 2016 г. г. Владимир. Москва-Владимир. Издательство «Транзит-ИКС», 2016. С. 199 - 202.

127. Фишман, Б.Е. Реальность эмоционального выгорания у студентов медицинского колледжа / Б.Е. Фишман, Н.В. Гольцова // Консультативная психология и психотерапия 2020. Т. 28. № 2. С. 46—69.

128. Форманюк, Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя/ Форманюк Т.В.// Вопросы психологии. 1994. № 6. с. 57-64.
129. Холодная, М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума./ Холодная М.А.// Санкт-Петербург: Питер, 2004. 384 с.
130. Чазова, А.А. Копинг - поведение врача и больного в процессе преодоления болезни. Автореф. дис.... канд. психол. н. СПб., 2000. 414 с.
131. Шагина, И.Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского вуза (по материалам Астраханской области) /дис. ... на канд. соц. наук по специальности 14.02.05 – социология медицины. – Астрахань: АГМА, 2010. – 165 с.
132. Юматов, Е.А. Экзаменационный эмоциональный стресс у студентов / Е.А. Юматов, В.А. Кузьменко, В.И. Бадиков и др. // Физиология человека. – 2000. – Т. 26. – № 4. – С. 86–91.
133. Ясько, Б.А. К проблеме развития управленческих навыков в процессе профессиональной подготовки менеджеров / Ясько Б.А., Казарин Б.В., Поречный Н.Е.// Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2021. № 2 (278). С. 100-109.
134. Ясько, Б.А. Клиническое мышление в структуре профессионального мышления врача. / Ясько Б.А.//Человек. Сообщество. Управление. 2008. №4. С.82-91
135. Ясько, Б.А. Профессиональный оптимизм: эмпирическое обоснование и психологическая интерпретация / Ясько Б.А. //Человек. Сообщество. Управление. 2017. Т. 18. № 2. С. 138-150.
136. Ясько, Б.А. Психология переживания стресса: к основам понятийных конструктов/ Ясько Б.А. // В сборнике: Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы. материалы Третьей Международной научной конференции. 2018. С. 616-619.

137. Ясько, Б.А. Психология управления медицинской организацией: Учебное пособие/Ясько Б.А., Казарин Б.В., Лузаков А.А., Камушкина Л.В.// Краснодар, 2020. 128 с.
138. Ясько, Б.А. Модель личности специалиста: методологическое обоснование и практическая востребованность /Ясько Б.А., Казарин Б.В. //Организационная психология. 2020. Т. 10. № 4. С. 109-137.
139. Ясько, Б.А., Казарин Б.В., Городин В.Н. и др. Жизнестойкость и персональные ресурсы врачей «красных зон» ковид-госпиталей (психологический анализ) /Ясько Б.А., Казарин Б.В., Городин В.Н. и др. // Вестник РГМУ. 2021. № 4. С. 68-74. DOI: 10.2407/vrgmu.2021.042. / WOS:000693603300010
140. Ясько, Б.А. К проблеме взаимосвязи временной децентрации с самооценкой личности на этапах переживания психологического кризиса / Ясько Б.А., Тхагалижокова Л.В.//Российский психологический журнал. 2017. Т. 14. № 1. С. 77-95.
141. Anshel, M.H. Coping style and situational appraisals as predictors of coping strategies following stressful events in sport as a function of gender and skill level/Anshel M.H., Kaissidis A.N./ British Journal of Psychology, May 1997, Vol. 88 Issue 2. P. 263-277.
142. Armon, G. Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. /Armon G, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I.//Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc 2014;33:264–72.
143. Barrack, RL Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. / Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile MO, Rubash HE.//Clin Orthop 2006; 449:134–7.
144. Belousova, A. Style of thinking as a factor of variable cognitive education// «Procedia - Social and Behavioral Sciences. LUMEN 2014. SKOPUS – From Theory to Inquiry in Social Sciences, Iasi». Romania, 2014, Volume 149, pp. 97-101.

145. Belousova, A.K. Development of a Personal Potential in Collaborative Thinking Activity//Procedia - Social and Behavioral Sciences. 5th ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology. Volume 171, 16 January 2015, pp. 987-994.
146. Bianchi, R. Burnout-depression overlap: a review./ Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E.// Clin Psychol Rev 2015;36:28–41.
147. Bityutskaya, E.V. Subjective appraisal and orientations in difficult life situations as predictors of coping strategies / Bityutskaya E. V., Korneev A.A.// Psychology in Russia: State of the Art. — 2021. — Vol. 14, no. 3. — P. 180–199.
148. Brazeau, CMLR. Distress among matriculating medical students relative to the general population. / Brazeau CMLR, et al. //Acad Med J Assoc Am Med Coll 2014; 89:1520–5.
149. Campbell, J. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. / Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R.//Acad Med J Assoc Am Med Coll 2010;85:1630–4.
150. Cox, T. The Burnout Companion to Study and Practice. / Cox T., Griffiths A. (ed.)// A Critical Analysis, L., 1998. 213 p.
151. Dahlin, M. Factors at medical school and work related to exhaustion among physicians in their first postgraduate year. / Dahlin M, Fjell J, Runeson B.//Nord J Psychiatry 2010;64:402–8.
152. Demerouti, E. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. / Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A.// Eur J Psychol Assess 2003;19:12.
153. Dyrbye, L.N. Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians/ Dyrbye L.N., Burke S.E., Hardeman R.R., et al. // JAMA. 2018. Vol. 320 (11). P. 1114—1130. 10.1001/jama.2018.12615
154. Dyrbye, L.N. Burnout among health care professionals. A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care [Электронный ресурс] / Dyrbye L.N., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al.// National Academy of Medicine

- Perspectives. 5.07.2017. URL: <https://nam.edu/burnout-among-health-careprofessionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safehigh-quality-care/> (датаобращения: 1.05.2020).
155. Dyrbye, L.N. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students / Dyrbye L.N., Massie F.S., Eacker A., et al.// JAMA. 2010. Vol. 304 (11). P. 1173—1180. doi:10.1001/jama.2010.1318
156. Dyrbye, LN. Burnout among U.S. Medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. Population. / Dyrbye LN, et al. //Academic Medicine, Vol. 89, No. 3 / March 2014. pp. 443-451
157. Edelwich, E. Stages of Disillusionment in the Helping Professions./ Edelwich E., Brodsky A.// N. Y., 1980. 218 p.
158. Edwards, J.R. The determinants and consequences of coping with stress // Causes, coping, and consequences of stress at work / C.L. Cooper, R. Payne (Eds.), 1988 P. 233-263
159. Een op de vijf jonge artsen heeft last van burn-out klachten [Электронный пецып] // GGZ nieuws. 19.11.19. URL: <http://www.ggznieuws.nl/1-op-de-5-jonge-artsen-heeft-last-van-burn-out-klachten> (дата обращения: 28.04.2020).
160. Fares, J. Burnout and coping strategies in preclinical medical students./Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, et al. // North Am J Med Sci 2016;8:75–81.
161. Ferrari, S. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. / Ferrari S, et al.//Med Lav 2015;106:172–85.
162. Folkman, S. Revised coping theory and the process of bereavement // Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Stroebe M.S. (Ed) et al. Washington, DC, US: American Psychological Association 2001 xv, 814 P. 563-584
163. Folkman, S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination /Folkman S., Lazarus R.S.// J. of Personality and Social Psychology, 1985,48, P. 150-170.

164. Folkman, S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire./Folkman S., Lazarus R.S.// -Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988. - 75 p.
165. Folkman, S. Stress processes and depressive symptomatology/Folkman S., Lazarus R.S. // J. of Abnormal Psychology. - 1986. - Vol. 95. - P. 107 – 113.
166. Folkman, S., Lazarus R.S., Gruen R.J., DeLongis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms /Folkman S., Lazarus R.S., Gruen R.J., DeLongis A. // J. of Pers. and Soc. Psychol. - 1986. -Vol. 50. - P. 571 – 579.
167. Frajerman, A. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis / Frajerman A., Morvanb Y., Krebsa M.-O., Gorwood P., Chaumetteb B.//European Psychiatry 55: (2019); p.36–42.
168. Freudenberger, HJ. Staff burn-out./ Freudenberger HJ.// J Soc Issues 1974;30:159–65.
169. Friberg, T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. /Friberg T. // Cult Med Psychiatry 2009; 33:538–58.
170. Galam, E. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. / Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J.//Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract 2013;63: e217–24.
171. Gopal, R. Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions./Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. // Arch Intern Med 2005;165:2595–600.
172. Gruen, R.J. Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles /Gruen R.J., Folkman S., Lazarus R.S. // J. of Personality - 1988. - Vol. 56. - P. 743 - 762.
173. Hakanen, JJ. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. / Hakanen JJ, Schaufeli WB.// J Affect Disord 2012;141:415–24.
174. ICD-10-CM Code Z73.0 - Burn-out. Available at: <https://icd.codes/icd10cm/Z730>. (Accessed 27 November 2017).

175. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int) [Электронный ресурс]
Режим доступа: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
176. Ishak, W. Burnout in medical students: a systematic review. /Ishak W, et al. // Clin Teach 2013; 10:242–5.
177. Jacobs, S.R. Student Burnout as a Function of Personality, Social Support, and Workload/Jacobs S.R., Dodd D.K. // Journal of College Student Development. – 2003. – № 2. – P. 23–28.
178. Jovanovic, N. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. /Jovanovic N, et al. //Eur Psychiatry 2016;32:34–41.
179. Kalafati, M. How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. /Kalafati M. // Emerg Nurse J RCN Accid Emerg Nurs Assoc 2012; 20:26–7.
180. Kanner, A. Comparison of two modes of Stress measurement: Daily Hassles and Uplifts versus major life events /Kanner A., Coyne J.C., Schaefer C, Lazarus R.S. // J. Behav. Med. 1981. № 4. P.1-39.
181. Kessler, RC. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)/ Kessler RC, et al.// JAMA 2003;289:3095–105.
182. Kessler, RC. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). / Kessler RC, Ustün TB.//Int J Methods Psychiatr Res 2004;13:93–121.
183. Kristensen, TS. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. / Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB.//Work Stress 2005; 19:192–207.
184. Langle, A. The Existence Scale / Langle A., Orgler C.// European Psychotherapy. 2003. Vol. 4. № 1.
185. Lazarus, R.S. Emotion and Adaptation. / Lazarus R.S.// - New York: Oxford University Press, 1991. 576 p.

186. Lazarus, R.S. The short-circuiting of threat/ Lazarus R.S., Alfert E.// J. abnorm. soc. Psychol., 1964, 69. P.195-205.
187. Lazarus, R.S. Stress, Appraisal and Coping/ Lazarus R.S., Folkman S.// - New York, 1984. -218p.
188. Lazarus, R.S. Stress-related transactions between person and environment /188. Lazarus R.S., Launier R. // Perspectives in interactional psychology. - N.Y.: Plenum Press, 1978.-P. 287-327.
189. Lin, M. High prevalence of burnout among US emergency medicine residents: results from the 2017 National Emergency Medicine Wellness Survey / Lin M., Battaglioli N., Melamed M., et al.// Annals of Emergency Medicine. 2019. Vol. 74 (5). P. 682—690. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.01.037
190. Maroco, J. Defining the student burnout construct: a structural analysis from three burnout inventories. /Maroco J, Campos JADB. //Psychol Rep 2012;111:814–30.
191. Maslach, C. The Maslach Burnout Inventory Manual (Third edition). / Maslach C, Jackson S, Leiter M. //Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996,- 52 p.
192. Maslach, C. The measurement of experienced burnout. /Maslach C, Jackson SE. //J Organ Behav 1981;2:99–113.
193. Maslach, C. A Multidimensional Theory of Burnout/ Maslach C. //Theories of Organizational Stress, Oxford, 1994.
194. Maslach, C. Prevention of burnout: New perspectives. Cambridge University Press. / Maslach C., Goldberg J. //Applied and Preventive Psychology 1998.7; 63-74.
195. Maslach, C. Maslach Burnout Inventory (MBI): Manual. / Maslach C., Jackson S.E.//Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986. 34 p.
196. Mata, DA. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis./ Mata DA et al. // JAMA 2015;314:2373.
197. Molina-Canales, G. Épuisement professionnel : étude descriptive de cas recensés dans le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.

/ Molina-Canales G, Le Barbier M, Brunel S, Lasfargues G. // Arch Mal Prof Environ 2016;77:440.

198. Nowack, K.M. The relationship between stress, job performance, and burnout in college student resident assistants / Nowack K.M., Hanson A.L. // Journal of College Student Personnel. – 1983. – № 24. – P. 545–550.

199. Olie, J-P. Le burn-out. / Olie J-P, Legeron P. // Académie nationale de médecine; 2016. p. 349–65.

200. Pereira-Lima, K. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. / Pereira-Lima K, Loureiro SR. // Psychol Health Med 2015;20:353–62.

201. Pines, A.M. Burnout: From Tedium to Personal Growth. / Pines A.M. // N. Y., 1981.

202. Rachiotis, G. Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study. / Rachiotis G, et al. // Int J Med Sci 2014;11:442–7.

203. Raimo, J. The correlation of stress in residency with future stress and burnout: a 10-year prospective cohort study / Raimo J., LaVine S., Spielmann K., et al. // Journal of Graduate Medical Education. 2018. Vol. 10 (5). P. 524—531. doi:10.4300/JGME-D-18-00273.

204. Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Available at: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante> (Accessed 17 June 2018).

205. Rodrigues, H. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] / Rodrigues H., Cobucci R., Oliveira A., et al. // PloS One. 2018. Vol. 13 (11). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231624/> (дата обращения: 5.05.2020). doi:10.1371/journal.pone.0206840

206. Rotenstein, LS. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta- Analysis. / Rotenstein LS, et al. // JAMA 2016;316:2214–36.

207. Salmela-Aro, K. Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: antecedents and consequences. / Salmela-Aro K, Aunola K, Nurmi J-E. // *Eur J Dev Psychol* 2008;5:439–65.
208. Salmela-Aro, K. Depressive symptoms and school burnout during adolescence: evidence from two cross-lagged longitudinal studies. / Salmela-Aro K, Savolainen H, Holopainen L. // *J Youth Adolesc* 2009;38:1316–27.
209. Schaufeli, WB. Burnout and engagement in university students: a cross-national study. / Schaufeli WB, Martinez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. // *J Cross-Cult Psychol* 2002;33:464–81.
210. Schernhammer, E.S. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). / Schernhammer E.S., Colditz GA. // *Am J Psychiatry* 2004;161:2295–302.
211. Selye, H. General adaptation syndrome and the diseases of adaptation. / Selye H. // *J. Clin. Endocrinol.*;1946. 6: 117–230.
212. Shanafelt, T.D. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017 / Shanafelt T.D., West C.P., Sinsky C., et al. // *Mayo Clinic Proceedings*. 2019. Vol. 94 (9). P. 1681—1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
213. Shanafelt, T.D. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population / Shanafelt T.D., Boone S., Tan L., et al. // *Archives of Internal Medicine*. 2012. Vol. 172 (18). P. 1377—1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
214. Shanafelt, T.D. Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction / Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., Sinsky C., et al. // *Mayo Clinic Proceedings*. 2016. Vol. 91 (7). P. 836—848. doi:10.1016/j.mayocp.2016.05.007
215. Shanafelt, TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. / Shanafelt TD, Noseworthy JH. // *Mayo Clin Proc* 2017;92:129–46.

216. Shin, H. A longitudinal examination of the relationship between teacher burnout and depression./ Shin H, Noh H, Jang Y, Park YM, Lee SM.// *J Employ Couns* 2013;50:124–37.
217. Shoji, K. Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis./ Shoji K, et al.// *Anxiety Stress Coping* 2016;29:367–86.
218. Sinha, B.K. Stress and coping among students in India and Canada /Sinha B.K., Willson L.R., Watson D.C. // *Canadian Journal of Behavioral Science*. 2000 Oct Vol. 32 (4) P. 218-225.
219. Slavin, SJ. Finding the why, changing the how: improving the mental health of medical students, residents, and physicians. /Slavin SJ, Chibnall JT. // *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2016;91:1194–6.
220. Soler, JK. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. /Soler JK, et al. // *Fam Pract* 2008;25:245–65.
221. Stehman, C.R. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part I / Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R., et al.// *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019. Vol. 20 (3). P. 485—494. doi:10.5811/westjem.2019.4.40970
222. Steptoe, A. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. /Steptoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J. // *Int J Behav Med* 2007;14:97–107.
223. Suicides of physicians and the reasons. *J Am Med Assoc* 1903;XLI:263–4.
224. Swanson, JW. Getting serious about reducing suicide: more ‘How’ and less ‘Why’./Swanson JW, Bonnie RJ, Appelbaum PS. // *JAMA* 2015;314:2229–30.
225. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:21–7.
226. Toker, S. Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity./Toker S, Biron M. // *J Appl Psychol* 2012;97:699–710.

227. Toker, S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women./ Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S.// *J Occup Health Psychol* 2005;10:344–62.
228. Torrance, E. P. Experiences in developing creativity measures: Insights, discoveries, decisions. /Torrance E. P.// Manuscript submitted for publication. 2001. 176 p.
229. van Vendeloo, SN. Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme: importance of the learning climate. /van Vendeloo SN, Brand PLP, Verheyen CCPM. // *Bone Jt. J.* 2014;96–B:1133–8.
230. Wasson, LT. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review./Wasson LT, et al. // *JAMA* 2016;316:2237– 52.
231. West, CP. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. / West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD.// *Lancet* 2016;388:2272–81.
232. Williams, D. Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. / Williams D, Tricomi G, Gupta J, Janise A.// *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry* 2014, doi:http://dx.doi.org/10.1007/s40596-014- 0197-5.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Методики.

1. Методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко)

Опросник личностный, предназначенный для диагностики такого психологического феномена как «синдром эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов. Разработан В. В. Бойко.

По мнению автора, эмоциональное выгорание - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Стимульный материал теста состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Методика позволяет выделить следующие 3 фазы развития стресса: «напряжение», «резистенция», «истощение». Для каждой из указанных фаз определены ведущие симптомы «выгорания», разработана методика количественного определения степени их выраженности. Ниже приводится перечень выявляемых симптомов на разных стадиях развития «эмоционального выгорания».

«Напряжение».

- Переживание психотравмирующих обстоятельств;
- Неудовлетворенность собой;
- «Загнанность в клетку»;

- Тревога и депрессия.

«Резистенция».

- Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование;
- Эмоционально-нравственная дезориентация;
- Расширение сферы экономии эмоций;
- Редукция профессиональных обязанностей.

«Истощение».

- Эмоциональный дефицит;
- Эмоциональная отстраненность;
- Личностная отстраненность (деперсонализация);
- Психосоматические и психовегетативные нарушения.

Разработчиком теста применена усложненная схема подсчетов результатов тестирования. Каждый вариант ответа предварительно был оценен экспертами тем или иным числом баллов, которые указывается в «ключе». Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку - 10 баллов получил от экспертов признак, наиболее показательный для данного симптома.

Существует трехступенчатая система получения показателей: количественный расчет выраженности отдельного симптома, суммирование показателей симптомов по каждой из фаз «выгорания», определение итогового показателя синдрома «эмоционального выгорания» как сумма показателей всех 12-ти симптомов. Интерпретация основывается на качественно-количественном анализе, который проводится путем сравнения результатов внутри каждой фазы. При этом важно выделить к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Таким образом, оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что, по мнению автора, не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

Обработка данных: В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты:

1. Определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания», с учетом коэффициента указанного в скобках. Так, например, по первому симптому положительный ответ на вопрос №13 оценивается в 3 балла, а отрицательный ответ на вопрос №73 оценивается в 5 баллов и т.д. количество баллов суммируется и определяется количественный показатель выраженности симптома.
2. Подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания».
3. Находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» - сумма показателей всех 12-ти симптомов.

Ключи:

«Напряжение»

Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)

Неудовлетворенность собой: -2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)

«Загнанность в клетку»: +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

Тревога и депрессия: +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

«Резистенция»

Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

Эмоционально-нравственная дезориентация: +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

Расширение сферы экономии эмоций: +7(2), +19(10), -31(20), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

Редукция профессиональных обязанностей: +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

«Истощение»

Эмоциональный дефицит: +9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)

Эмоциональная отстраненность: +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)

Личностная отстраненность (деперсонализация): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10)

Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Интерпретация результатов.

Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего, надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

- 9 и менее баллов - не сложившийся симптом,
- 10-15 баллов - складывающийся симптом,
- 16 -20 баллов - сложившийся симптом.
- 20 и более баллов - симптомы с такими показателями относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса - осмысление показателей фаз развития стресса - «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако, сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные: реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

- 36 и менее баллов - фаза не сформировалась;
- 37-60 баллов - фаза в стадии формирования;
- 61 и более баллов - сформировавшаяся фаза.

В психодиагностическом заключении освещаются следующие вопросы:

- какие симптомы доминируют;
- какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается «истощение»;
- объяснимо ли «истощение» (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами; какой симптом (какие симптомы) более всего отягощают эмоциональное состояние личности;
- в каких направлениях надо влиять на обстановку в профессиональном коллективе, чтобы снизить нервное напряжение;
- какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное «выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам.

Инструкция: Вам предлагается ряд утверждений, по каждому выскажите свое мнение. Если вы согласны с утверждением, ответьте «да», если не согласны, ответьте «нет».

1. Организационные недостатки на работе (учебе) постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности.
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать/учиться (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала/человека мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы/учебы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).

9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует долг, в том числе профессиональный.
10. Моя работа/учеба притупляет эмоции.
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе, учебе, в жизни.
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний.
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.
14. Работа/взаимодействие с людьми приносит все меньше удовлетворения.
15. Я бы сменил место работы/учебы, если бы представилась возможность.
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру поддержку, услугу, помощь, в том числе профессиональную.
17. Мне всегда удастся предотвратить влияние плохого настроения на контакты, в том числе деловые.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе /учебе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения вызывают раздражение.
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе/учебе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами и другими людьми.
27. Обстановка на работе/учебе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой/учебой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.
30. В общении я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе/учебе.
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы/учебы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу/учебу.
35. Партнерам по работе/учебе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.
36. При мысли о работе/учебе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с начальством.
38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа/учеба приносит пользу людям.
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе/учебе.
40. Некоторые стороны (факты) моей жизни вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) на “хороших” и “плохих”.
43. Усталость от работы/учебы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу/учебу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю, взаимодействую с партнерами автоматически, без души.
47. Иногда встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.
49. На работе/учебе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.
50. Успехи в работе/учебе вдохновляют меня.
51. Жизненная ситуация, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).
52. Я потерял покой из-за работы/учебы.
53. На протяжении последнего года была жалоба / жалобы в мой адрес со стороны партнера(ов).
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.
55. Я часто с работы/учебы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам чем теперь.
58. Во взаимодействии с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.
59. Иногда иду на работу/учебу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.

- 61.Контингент партнеров, с которым я работаю/взаимодействую, очень трудный.
- 62.Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
- 63.Если бы мне повезло с работой/учебой, я был бы более счастлив.
- 64.Я в отчаянии из-за того, что на работе/учебе у меня серьезные проблемы.
- 65.Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.
- 66.Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
- 67.Чаще всего после рабочего/учебного дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
- 68.Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий/учебный день кончился.
- 69.Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
- 70.Взаимодействуя или работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.
- 71.Работа, взаимодействие с людьми (партнерами) очень разочаровали меня.
- 72.Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
- 73.Как правило, мой рабочий/учебный день проходит спокойно и легко.
- 74.Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
- 75.Моя карьера складывается удачно.
- 76.Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой/учебой.
- 77.Некоторых из своих постоянных партнеров, знакомых я не хотел бы видеть и слышать.
- 78.Я одобряю людей, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.

- 79.Моя усталость на работе/учебе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.
- 80.Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
- 81.Меня часто подводят нервы в общении с людьми, в том числе на работе/учебе.
- 82.Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе/в учебе я утратил интерес, живое чувство.
- 83.Работа/взаимодействие с людьми плохо повлияла на меня — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.
- 84.Работа/взаимодействие с людьми явно подрывает мое здоровье.

2. Методика «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» (Е.В. Битюцкая, 2007, 2013, 2015)

Данная методика является инструментом изучения когнитивного оценивания ситуаций, а также ситуационных характеристик (содержания ситуации, частоты ее возникновения в жизни респондента).

Методика направлена на выявление трудных жизненных ситуаций, оценку критериев трудности ситуаций для субъекта и построена на приеме субъективного шкалирования ситуаций по параметрам, соответствующим критериям когнитивного оценивания. Особенностью методики является обращение к субъективному опыту респондента. Испытуемому предлагается проанализировать конкретные, актуальные для него жизненные трудности.

Процедура проведения методики

Респонденту объясняют, что методика состоит из двух частей. В первой предлагается сформулировать и коротко описать актуальную для него ситуацию, которую он воспринимает как трудную. Вторая часть представлена перечнем утверждений – оценочных шкал. Испытуемому предлагается соотнести

ситуацию с каждым утверждением и проставить соответствующие оценки, используя семибалльную шкалу (от 0 до 6 баллов).

Если это необходимо (целесообразно), после заполнения бланка с респондентом проводится беседа, направленная на уточнение содержания описанной ситуации и особенностей понимания утверждений, обозначенных в бланке. В случае, если имеются расхождения в баллах по утверждениям в рамках одного критерия, на это обращается внимание и обсуждается с респондентом.

Факторная структура методики

Согласно результатам факторного анализа методика делится на шкалы:

1. *Общие признаки трудных жизненных ситуаций.* Шкала включает такие переменные, как значимость, беспокойство, высокие затраты ресурсов, потери. На основании частотного анализа можно утверждать, что три первых признака являются общими для всех трудных ситуаций и характеризуют их как категорию. По результатам анализа описательной статистики, перечисленные критерии (за исключением параметра «потери») наиболее высоко оцениваются испытуемыми.
2. *Неподконтрольность ситуации* характеризует восприятие ситуации как независимой от действий человека, не поддающейся влиянию на ее развитие и исход.
3. *Непонятность ситуации.* Шкала объединяет утверждения, отражающие непонимание ситуации, неочевидность выхода из неё, а также оценку собственных ресурсов (знаний, опыта) как недостаточных для преодоления ситуации.
4. *Необходимость быстрого, активного реагирования* включает утверждения о восприятии ситуации как требующей незамедлительного и активного реагирования: принятия решения, действий, целенаправленного поведения.

5. *Затруднения в принятии решения.* Критерий определяют трудности выбора решения, нахождения правильного, благоразумного варианта выхода из ситуации; а также внутренний конфликт.
6. *Трудности прогнозирования ситуации.* Данный признак включает затруднения при прогнозировании возникновения и развития ситуации, неожиданность событий.
7. *Сильные эмоции.* Шкала состоит из утверждений, характеризующих эмоциональные состояния и реакции на условия ситуации: сильные отрицательные эмоции, состояние напряжения.
8. *Перспектива будущего* объединяет пункты, описывающие значимость последствий ситуации, её влияние на жизнь в будущем, угрозу благополучию близких.

Факторная структура методики проверена с помощью конфирматорного факторного анализа (N=736). Получены следующие результаты соответствия модели данным: квадратичная усредненная ошибка аппроксимации RMSEA=0.044; значение критерия согласия модели CFI=0.910¹; значение хи-квадрат $\chi^2=912.899$ (количество степеней свободы df=378). Данные представлены в статье 2015 г. (Битюцкая, Баханова, Корнеев, 2015).

Обработка результатов и ключи методики

Шкалы методики:

1. Общие признаки ТЖС
2. Неподконтрольность ситуации
3. Непонятность ситуации
4. Необходимость быстрого активного реагирования
5. Затруднения в принятии решения

Утверждения:

- 1, 6, 9, 11.
 2+, 8, 12, 23+.
 3, 4, 15, 16, 24, 34+.
 5, 17, 22, 25.
 10, 13, 26, 29.

¹RMSEA, CFI являются основными показателями оценки соответствия модели имеющимся данным. Хорошими показателями для RMSEA считаются значения ниже 0.08 (Browne, Cudeck, 1993), а для CFI – больше 0.9 (Bentler, 1992) или 0.95 (Brown, 2006).

6. Трудности прогнозирования ситуации	7, 19+, 20+.
7. Сильные эмоции	6, 14, 18, 32.
8. Перспектива будущего	27, 30, 33.

При обработке данных пункты по каждой шкале суммируются, затем вычисляется среднее значение. Пункты (помеченные +) 2, 19, 20, 23, 34 инвертируются: 0=6, 1=5, 2=4, 4=2, 5=1, 6=0.

Интерпретация результатов

Шкалы методики соответствуют критериям оценивания, их можно назвать когнитивными «шкалами», на основе которых совершается оценка трудности ситуации. Анализ показателей по фактору «Общие признаки трудных жизненных ситуаций» позволяет определить, является ли ситуация трудной и в какой степени. Остальные критерии могут варьировать в зависимости от содержания ситуации и личностных особенностей.

Результаты диагностики дают возможность разобраться, по каким критериям ситуация вызывает трудности у респондента. **Трудность ситуации по какому-либо параметру – это средний балл по шкале, равный или выше 4-х** (по шкале «Неподконтрольность ситуации» равный или выше 3,5). Если критериев со средним баллом более 4-х несколько, то это характеристика сложности ситуации.

Пример обратной связи респонденту:

Выполненная Вами методика позволяет определить, как **оценивается трудная ситуация**. Трудность ситуации измеряется по разным критериям (признакам ситуации). В данной методике их 8 (описание критериев см. ниже). Среди этих признаков трудности ситуации есть общие (критерий №1) – свойственные любой трудной ситуации. Это значимость, беспокойство, связанное с ситуацией, высокие затраты ресурсов, усилий. Остальные критерии могут проявляться или не проявляться в зависимости от типа ситуации и личностных особенностей человека. Поскольку речь идет о трудности ситуации, то её характеристики

рассматриваются через негативные (содержащие частицу «не») утверждения: *неподконтрольность*, *непрогнозируемость* и др.

Шкала оценок первой методики – это баллы от 0 до 6. О трудности ситуации можно говорить, когда оценки превышают 4 балла по первому критерию, а также по другим признакам.

Ваши баллы по оцениванию трудности ситуации:

1	2	3	4	5	6	7	8
5,75	1,80	2,25	2,33	4,67	4,67	2,00	4,67

Критерии трудности ситуации:

- 1. Общие признаки ТЖС (если балл выше 4-х)** – характеризуют трудность ситуации в целом. Ситуация является трудной, если а) значима; б) вызывает беспокойство; в) требует высоких затрат и сверх-усилий (умственных, физических, психологических или финансовых); г) связана с потерями.
- 2. Неподконтрольность ситуации (если балл выше 3,5).** Ситуация оценивается как неподконтрольная в тех случаях, когда она не зависит от действий человека, т.е. он не может влиять на ее развитие и исход, управлять событиями и контролировать их. При этом часто подчеркивается роль других людей или каких-либо обстоятельств.
- 3. Непонятность ситуации (если балл выше 4-х).** Данный критерий оценивания предполагает непонимание ситуации, незнание выхода из неё, неочевидность решения. При этом человеку трудно сориентироваться в сложившихся обстоятельствах и разобраться в том, как действовать дальше.
- 4. Необходимость активного быстрого реагирования (если балл выше 4-х).** Данный параметр связан с ограничением времени, в пределах которого нужно что-либо предпринять. При этом трудная ситуация воспринимается человеком

как требующая незамедлительного реагирования: принятия решения или выполнения конкретных действий.

5. Затруднения в принятии решения (если балл выше 4-х). Критерий определяет трудности выбора решения, разрешения дилемм, нахождение правильного, благоразумного, верного варианта выхода из ситуации. Часто респонденты отмечают, что им трудно принять решение, когда оно значимо, когда много альтернатив, а также, когда необходимо принять «необратимые действия». Кроме того, сложно выбирать из «двух зол», поскольку каждая альтернатива несет негативные последствия. Сложности в принятии решения часто бывают связаны с множественностью вариантов исхода событий и поиском наиболее удачного или правильного выхода из сложившейся ситуации.

6. Трудности прогнозирования ситуации (если балл выше 4-х). Данный признак включает в себя затруднения при прогнозировании возникновения и развития ситуации.

7. Сильные эмоции (если балл выше 4-х). Фактор указывает на эмоциональные состояния и реакции на условия ситуации. Характеризует сильные отрицательные эмоции, напряжение, иногда связанное с этим ослабление самоконтроля, способности рационально действовать.

8. Перспектива будущего (если балл выше 4-х, то значимо, как ситуация отразится в будущем). Данный критерий определяет значимость последствий ситуации, как она повлияет на жизнь в будущем, а также фокусирование на последствиях событий.

2. Методика «Стили мышления» (А.К. Белоусова)

Инструкция: На каждый вопрос необходимо дать дифференцированный ответ: нет, скорее нет, да, скорее да.

1. У меня каждая новая тема связана с большим количеством возникающих идей.
2. Мне сразу бросаются в глаза «слабые» места любой проблемы.

3. Я люблю обсуждать проблемы с окружающими.
4. Я сам хороший критик своих идей.
5. Я могу не заметить недостатки идеи, если она мне нравится.
6. Я легко отказываюсь от старой идеи ради практического воплощения новой идеи.
7. В своей группе я часто предлагаю новые идеи.
8. Мне часто приходится разъяснять окружающим смысл идей, нечётко изложенных другими людьми.
9. Я не всегда поддерживаю новые идеи в силу того, что испытываю потребность продолжить работу над старыми проблемами.
10. Мои идеи с трудом воспринимаются окружающими.
11. Я часто убеждаюсь в том, что новые идеи при решении проблем оказываются далеко не новыми.
12. В группе я иногда беру на себя ответственность принять окончательное решение.
13. Я бы с большим удовольствием разработал какой-нибудь вопрос самостоятельно, чем критиковать чужую работу.
14. Я предпочитаю избегать дискуссий.
15. Я всегда стараюсь разобраться в проблеме и выработать стратегию решения.
16. Я вижу, что есть люди, способные критически мыслить.
17. Мне интересно выслушивать мнение окружающих о различных проблемах.
18. Я считаю, что прежде чем отвергать идею, нужно попытаться проверить её на практике.
19. Я считаю, что идея хороша только в том случае, если с самого начала очевидна возможность её практического использования.
20. Я всегда затрудняюсь оценить перспективность и реалистичность идей.
21. Я считаю, что ответы на вопросы нужно искать в литературе, а не спрашивать мнение других людей по данной проблеме.

22. Детальное и доскональное выполнение работ вызывает у меня скуку.
23. Мне нравится организовывать обсуждение проблем.
24. Я предпочитаю доводить реализацию идей до конца, даже в том случае, если их критикуют окружающие.
25. Заниматься доработкой «сырых» идей не доставляет мне никакого удовольствия.
26. Мне скучно заниматься практической реализацией идей.
27. Меня, прежде всего, интересует результативная сторона решения.
28. Меня интересует мнение окружающих о возможных решениях проблем.
29. Мне трудно приводить в действие разработанные планы решения задачи.
30. Мои предложения, как правило, очевидны и понятны окружающим.
31. Как правило, теоретический анализ проблем меня не привлекает.
32. Мне нравится влиять на людей, руководить ими в процессах решения проблем.

Ключ

Да=4, скорее да=3, скорее нет=2, нет=1	Нет=4, скорее нет=3, скорее да=2, да=1
Инициативный – 1, 7, 10, 15, 32	Инициативный – 4, 19, 30
Критический – 2, 11, 16	Критический – 5, 13, 20, 25, 31
Управленческий – 3, 8, 12, 17, 23	Управленческий – 14, 21, 28
Практический – 9, 18, 24, 27	Практический – 6, 22, 26, 29

Методика измерения стиля мышления Белоусовой А.К. позволяет определить доминирующий его вид, детерминирующий в целом характер совместной деятельности. Методика содержит 4 шкалы, соответствующие 4 стилям мышления. Инициативный стиль мышления характеризуется направленностью на обнаружение проблем и проявляется в способности выдвигать различные предположения. При критическом стиле мышления доминирует селективная функция (отбор и оценка информации). При управленческом стиле мышления преобладающей является функция, направленная на других людей. Практический стиль мышления определяется функцией реализации идей.

3. Методика определения типа мышления и уровня креативности («Профиль мышления», В.А. Ганзен, К.Б. Малышев, Л.В. Огинец)

Данный опросник – это самооценочная профориентационная методика. Опросник содержит 75 вопросов, на которые опитант отвечает «да» – «нет». Он не занимает много времени при тестировании (15 минут) и очень прост в обработке и интерпретации результатов. Данные этой методики в сочетании с результатами общих способностей (вербальные и числовые интеллектуальные способности) могут помочь ученику и его родителям определиться с профилем 10-го класса.

Тип мышления – это индивидуальный способ аналитико-синтетического преобразования информации. Профиль мышления отображает доминирующие способы переработки информации и уровень креативности и является важнейшей личностной характеристикой человека, определяющей его стиль деятельности, склонности, интересы и профессиональную направленность.

Независимо от типа мышления человек может характеризоваться определенным уровнем креативности (творческих способностей). Креативность – это общая способность к творчеству, характеризует личность в целом и проявляется в различных сферах активности.

Инструкция: в бланке ответов отметьте свое согласие или несогласие рядом с номером утверждения соответственно знаками «+» или «-». Тест может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом варианте.

Текст опросника

1. Мне легче что-либо сделать, чем объяснить, почему я так сделал.
2. Я люблю составлять программы для компьютера.
3. Я люблю читать художественную литературу.
4. Я люблю живопись (скульптуру).
5. Я предпочел бы работу, в которой предоставлена свобода действий.

6. Мне проще усвоить что-либо, если я имею возможность манипулировать с предметами.
7. Я люблю шахматы, шашки.
8. Я легко излагаю свои мысли как в устной, так и в письменной форме.
9. Я хотел бы заниматься коллекционированием.
10. Люблю и понимаю абстрактную живопись.
11. Я скорее хотел бы быть слесарем, чем инженером.
12. Для меня алгебра интереснее, чем геометрия.
13. В художественной литературе для меня важнее не что сказано, а как сказано.
14. Я люблю посещать зрелищные мероприятия.
15. Мне не нравится регламентированная работа.
16. Мне нравится что-либо делать своими руками.
17. В детстве я любил создавать свой шифр для переписки с друзьями.
18. Я придаю большое значение форме выражения мыслей.
19. Мне трудно передать содержание рассказа без его образного представления.
20. Не люблю посещать музеи, так как все они одинаковы.
21. Любую информацию я воспринимаю как руководство к действию.
22. Меня больше привлекает товарный знак фирмы, чем ее название.
23. Меня привлекает работа комментатора радио, телевидения.
24. Знакомые мелодии вызывают у меня в голове определенные картины.
25. Люблю фантазировать.
26. Когда я слушаю музыку, мне хочется танцевать.
27. Мне интересно разбираться в чертежах и схемах.
28. Мне нравятся уроки литературы.
29. Знакомый запах вызывает всю картину событий, происшедших много лет назад.
30. Разнообразные увлечения делают жизнь человека богаче.
31. Истинно только то, что можно потрогать руками.
32. Я предпочитаю точные науки (математику, физику).
33. Я за словом в карман не лезу.
34. Люблю рисовать.

35. Один и тот же спектакль можно смотреть много раз, главное - игра актеров, новая интерпретация.
36. Мне нравилось в детстве собирать механизмы из деталей конструктора.
37. Мне кажется, что я смог бы изучить стенографию.
38. Мне нравится читать стихи вслух.
39. Я согласен с Ф.М. Достоевским, что красота спасет мир.
40. Я предпочел бы быть закройщиком, а не портным.
41. Лучше сделать табуретку руками, чем заниматься ее проектированием.
42. Мне кажется, что я смог бы овладеть профессией программиста.
43. Люблю поэзию.
44. Прежде чем изготовить какую-то деталь, сначала я делаю чертеж.
45. Мне больше нравится процесс деятельности, чем ее конечный результат.
46. Для меня лучше поработать в мастерской, нежели изучать чертежи.
47. Мне интересно было бы расшифровать древние тайнописи.
48. Если мне нужно выступить, то я всегда готовлю свою речь, хотя уверен, что найду необходимые слова.
49. Больше люблю решать задачи по геометрии, чем по алгебре.
50. Даже в отлаженном деле пытаюсь творчески изменить что-то.
51. Я люблю дома заниматься рукоделием, мастерить.
52. Я смог бы овладеть языками программирования.
53. Мне нетрудно написать сочинение на заданную тему.
54. Мне легко представить образ несуществующего предмета или явления.
55. Сомневаюсь даже в том, что для других очевидно.
56. Я предпочел бы сам отремонтировать утюг, нежели нести его в мастерскую.
57. Я легко усваиваю грамматические конструкции языка.
58. Люблю писать письма.
59. Сюжет кинофильма могу представить как ряд образов.
60. Абстрактные картины дают большую пищу для размышлений.
61. В школе мне больше всего нравились уроки труда, домоводства.
62. У меня не вызывает затруднений изучение иностранного языка.

63. Я охотно что-то рассказываю, если меня просят друзья.
64. Я легко могу представить в образах содержание услышанного.
65. Я не хотел бы подчинять свою жизнь определенной системе.
66. Я чаще сначала сделаю, а потом думаю о правильности решения.
67. Думаю, что смог бы изучить китайские иероглифы.
68. Не могу не поделиться только что услышанной новостью.
69. Мне кажется, что работа сценариста интересна.
70. Мне нравится работа дизайнера.
71. При решении какой-то проблемы мне легче идти методом проб и ошибок.
72. Если бы у меня была машина, то изучение дорожных знаков не составило бы труда.
73. Я легко нахожу общий язык с незнакомыми людьми.
74. Меня привлекает работа художника-оформителя.
75. Не люблю ходить одним и тем же путем.

Бланк ответов

	П	С	З	О	К
	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30
	31	32	33	34	35
	36	37	38	39	40
	41	42	43	44	45

	46	47	48	49	50
	51	52	53	54	55
	56	57	58	59	60
	61	62	63	64	65
	66	67	68	69	70
	71	72	73	74	75
Сумма					

Обработка результатов

В бланке ответов подсчитывается сумма «+» для каждого фактора (5 вертикальных столбцов):

1. предметное мышление;
2. символическое мышление;
3. знаковое мышление;
4. образное мышление;
5. креативность (творческие способности).

Шкала оценки выраженности креативности (творческих способностей) и базового типа мышления разбивается на три интервала:

- низкий уровень – от 0 до 5 баллов;
- средний уровень – от 6 до 9 баллов;
- высокий уровень – от 10 до 15 баллов.

Интерпретации подвергаются только результаты, достигшие высокого уровня выраженности. Результаты низкого уровня не участвуют в интерпретации. Данные, относящиеся к среднему уровню, могут говорить лишь о тенденции, не могут служить основанием для серьезных выводов и требуют дополнительной диагностики.

Интерпретация результатов

Можно выделить 4 типа мышления, каждый из которых обладает специфическими характеристиками.

1. **Предметное мышление.** Мыслительный процесс осуществляется с помощью предметных действий, манипуляций с предметом. Практическое действие частично заменяет мыслительную операцию по предвидению и предварительному учету некоторых последствий, вытекающих из проблемы. Существуют физические ограничения на преобразование: возможности самого предмета (материал, особенности конструкции и т.д.), а также наглядность ситуации, наличие или отсутствие предмета в данный момент. Мыслительные операции выполняются только последовательно друг за другом. Результатом является мысль, воплощенная в новой конструкции. Этим типом мышления обладают люди с практическим складом ума. Часто встречается у людей, занятых производственным трудом, результатом которого является создание какого-либо материального продукта.
2. **Символическое мышление.** Преобразование информации (чисел, символов, кодов) осуществляется с помощью правил вывода (в частности, алгебраических правил или арифметических знаков и операций). Результатом является мысль, выраженная в виде структур, формул, программ, фиксирующих существенные отношения между символами. Этим мышлением обладают люди с математическим складом ума.
3. **Знаковое мышление.** Преобразование информации осуществляется с помощью понятий, суждений, умозаключений. Знаки объединяются в более крупные единицы по правилам единой грамматики. Все мыслительные операции производятся без опоры на реальный предмет. Результатом является мысль в форме понятия или высказывания, фиксирующего существенные отношения между обозначаемыми предметами. Этим мышлением обладают люди с гуманитарным складом ума.
4. **Образное мышление.** Преобразование информации осуществляется с помощью действий с образами. Образы извлекаются непосредственно из памяти или воссоздаются воображением, поэтому оно отделено от предмета в пространстве

и времени. Нет физических ограничений на преобразование. В ходе решения мыслительных задач соответствующие образы мысленно преобразуются так, что в результате манипулирования ими человек может найти решение интересующей его задачи. Мыслительные операции можно осуществлять последовательно и одновременно. Результатом является мысль, воплощенная в новом образе. Этим мышлением обладают люди с художественным складом ума. Согласно Д. Брунеру, мышление можно рассматривать как перевод с одного языка на другой. Следовательно, при четырех базовых языках возникает 6 вариантов перевода в ситуации одновременной выраженности двух типов (высокий уровень):

1. **Предметно - образный тип** (практический склад) – мыслительный процесс осуществляется непосредственно при восприятии окружающей действительности и при практическом преобразовании реальных предметов в режиме реального времени. Необходимые образы представлены в кратковременной и оперативной памяти. Человек с данным типом привязан к действительности. Часто встречается у людей занятых производственным трудом, результатом которого является создание какого-либо материального продукта.
2. **Предметно - знаковый тип** (гуманитарный склад) встречается у людей, работающих в профессиональных сферах гуманитарной направленности (филология, журналистика, переводоведение и т.д.).
3. **Предметно - символический тип** (операторный склад) - в основе репродуктивное мышление, направленное на выполнение отдельных коротких операций по заданной схеме с использованием кратковременной и оперативной памяти. Часто встречается у людей, занимающихся счетной, учетной работой.
4. **Образно - знаковый тип** (художественный склад) чаще преобладает у людей, деятельность которых связана с каким-либо видом творчества (например, литературой). Связано с открытием нового знания, с генерацией оригинальных идей.

5 Образно - символический тип (технический склад) связан с умением понимать чертежи, разбираться в схемах технических устройств и их работе, решать практические физико-технические задачи характерен для людей, работающих по техническим специальностям.

6. Знаково - символический тип (теоретический склад). В основе абстрактно-теоретическое мышление. Мышление, пользуясь которым человек в процессе решения отвлеченных теоретических задач раскрывает закономерности проблемы или явления в абстрактных понятиях, прибегая лишь к теоретическим построениям, выполняемым в уме (непосредственно не имея дела с опытом, получаемым при помощи органов чувств). Характерно для научных теоретических исследований.

Высокие показатели по шкале «креативность» говорят о предпочтении данным человеком творчески подходить к делу. Креативный человек – это творческий человек, склонный к нестандартным способам решения задач, способный к оригинальным и нестандартным действиям, открытию нового, созданию уникальных продуктов.

Результаты данной методики в сочетании с результатами диагностики общего интеллектуального уровня развития, математических и вербальных способностей и профессиональных интересов могут лежать в основе выбора профильного класса учащимся и будущей профессии.

Приложение Б. Таблицы.

Таблица 3.1.1

Результаты подсчета данных методики «Стиль мышления» у студентов (n=30)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	и к у п				и к у п				И К У П			
1	2	3	3	2	2	1	4	4	1	2	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4	3	1	4	2	2	4	16	10	19	11	8	14	9	10	24	24	28	21
2	4	4	4	1	1	2	4	4	1	1	3	4	1	1	4	4	4	4	2	4	1	4	4	4	1	4	4	1	4	1	4	4	17	11	20	13	4	11	3	14	21	22	23	27
3	4	4	4	4	1	1	4	1	1	1	1	4	1	4	1	4	4	4	1	4	1	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	14	9	17	13	9	11	6	13	23	20	23	26	
4	1	3	2	2	4	4	1	1	2	1	4	1	3	4	2	4	3	1	1	1	4	2	1	2	1	1	4	3	1	2	1	3	8	11	8	9	5	10	11	8	13	21	19	17
5	1	2	3	1	2	4	1	1	3	3	3	1	2	1	3	4	4	3	1	1	3	1	1	3	1	1	4	1	2	2	1	1	9	9	10	13	4	7	5	8	13	16	15	21
6	4	4	4	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	1	1	2	4	1	1	1	1	4	11	9	11	7	6	9	6	11	17	18	17	18
7	1	4	3	1	2	1	4	3	2	2	4	1	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	1	4	1	3	4	15	12	14	11	5	13	7	11	20	25	21	22
8	2	2	3	4	2	3	2	3	3	1	3	2	1	1	3	4	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	4	1	1	2	2	3	11	9	12	13	9	10	5	9	20	19	17	22
9	1	1	3	2	2	1	1	2	1	3	2	1	1	4	4	1	3	3	1	1	3	4	4	4	4	1	1	1	4	4	2	11	4	13	9	7	12	8	10	18	16	21	19	
10	1	1	4	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	4	1	4	4	4	1	4	4	1	1	1	1	4	1	1	1	4	1	4	8	9	11	7	9	8	9	10	17	17	20	17
11	1	1	4	4	1	1	1	4	4	1	4	1	1	1	1	4	4	4	1	4	4	1	4	1	1	1	4	1	1	1	4	4	11	9	17	13	6	11	6	4	17	20	23	17
12	2	3	2	1	2	2	2	3	2	1	4	2	1	2	4	4	3	2	2	1	4	2	2	4	1	4	4	1	3	1	2	3	12	11	12	12	4	7	7	11	16	18	19	23
13	2	1	4	1	4	1	1	4	1	1	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	4	1	4	1	1	4	4	1	4	1	1	4	12	9	17	7	3	14	9	10	15	23	26	17
14	1	4	4	1	1	1	3	4	4	2	4	1	3	4	2	4	3	2	1	4	4	1	4	2	1	3	4	1	4	1	4	4	12	12	16	12	3	13	9	9	15	25	25	21
15	4	1	1	1	1	4	1	4	1	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	17	9	11	10	9	14	6	13	26	23	17	23
16	3	4	3	2	4	4	2	3	4	1	2	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	4	1	4	4	1	3	2	4	3	13	10	16	16	6	16	9	15	19	26	25	31
17	1	1	1	1	1	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	1	1	4	4	1	4	1	4	4	11	9	14	13	3	14	9	16	14	23	23	29	
18	2	3	4	1	1	3	3	4	4	1	3	4	1	4	3	4	4	1	4	3	2	3	2	4	2	4	3	1	3	2	4	2	11	10	18	12	7	11	7	13	18	21	25	25
19	3	2	4	2	1	3	2	1	2	2	1	4	1	1	4	4	4	3	4	3	4	1	1	3	4	2	1	1	3	2	4	3	14	7	14	9	8	13	6	9	22	20	20	18
20	3	2	3	2	1	1	4	4	2	1	4	3	1	1	4	4	4	2	3	1	4	4	1	3	3	4	4	1	4	2	4	3	15	10	15	11	7	10	6	13	22	20	21	24
21	3	3	1	2	1	2	2	1	3	2	3	4	1	4	4	4	3	4	1	1	4	4	2	4	1	4	4	4	4	2	3	2	13	10	11	15	5	7	12	14	18	17	23	29
22	3	4	4	1	3	1	3	4	3	1	4	4	1	4	4	4	4	1	2	4	4	4	3	1	4	4	2	1	3	2	3	3	14	12	19	7	5	15	9	12	19	27	28	19
23	3	4	1	2	2	1	3	4	4	2	4	4	1	3	3	3	4	3	2	1	4	3	1	3	1	4	4	1	2	2	3	2	13	11	14	14	6	8	8	10	19	19	22	24
24	3	3	1	1	4	1	2	2	3	3	4	3	1	1	4	4	3	4	4	1	4	1	4	2	1	4	4	1	4	3	1	2	14	11	13	13	8	8	6	10	22	19	19	23
25	2	3	4	2	4	1	2	1	3	1	4	2	1	2	4	4	4	3	2	3	4	3	1	3	2	4	3	2	4	2	3	1	10	11	12	12	6	13	8	12	16	24	20	24
26	3	1	2	1	1	3	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	1	4	4	1	4	1	4	4	16	9	18	16	4	12	8	15	20	21	26	31
27	1	1	3	3	1	4	3	3	1	1	1	4	1	1	3	4	4	4	2	4	2	3	2	2	1	4	4	1	1	2	2	3	11	6	16	11	7	9	4	12	18	15	20	23
28	3	4	4	1	1	1	1	3	1	2	4	2	1	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1	1	1	1	1	11	12	17	7	6	8	9	10	17	20	26	17
29	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	2	4	1	4	4	4	3	4	2	4	3	4	4	3	4	4	1	2	4	4	2	3	17	9	17	11	8	14	9	15	25	23	26	26
30	2	3	2	1	1	3	3	3	3	2	3	4	1	3	3	4	3	4	1	4	2	3	1	3	2	4	4	2	4	1	1	4	14	10	13	14	3	9	7	14	17	19	20	28

Таблица 3.1.2

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у ординаторов (n=300)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	и	к	у	п	и	к	у	п	И	К	У	П	
1	3	3	4	2	3	3	3	3	1	2	4	2	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	2	4	3	2	3	2	2	3	14	9	18	13	7	11	10	13	21	20	28	26			
2	3	2	4	1	2	2	3	3	2	2	4	4	1	3	3	4	3	3	2	3	4	2	2	2	2	2	4	2	3	2	3	2	13	10	16	11	5	11	9	9	18	21	25	20	
3	3	3	4	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	1	3	2	4	2	14	10	17	11	7	14	6	12	21	24	23	23	
4	4	4	4	1	2	2	4	4	1	1	2	3	1	4	4	4	2	4	1	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	1	3	4	17	10	17	13	3	13	9	12	20	23	26	25	
5	4	3	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	4	3	4	4	1	1	4	4	4	4	3	2	4	4	1	4	1	4	4	13	8	14	9	3	15	9	16	16	23	23	25	
6	1	1	4	4	1	4	1	1	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	11	9	17	13	12	14	9	16	23	23	26	29	
7	4	1	4	3	1	1	4	2	4	1	1	4	4	1	4	4	1	4	1	1	4	1	1	4	1	4	4	1	4	3	1	4	18	9	12	16	7	5	6	10	25	14	18	26	
8	2	2	4	1	1	4	1	4	4	1	4	4	3	3	4	4	4	4	1	1	4	4	4	2	1	4	4	2	1	1	1	4	12	10	20	14	3	7	9	13	15	17	29	27	
9	3	2	4	1	2	1	2	3	3	4	3	2	2	2	4	4	3	2	2	3	4	4	2	3	3	3	4	1	3	1	3	3	16	9	14	12	4	13	7	11	20	22	21	23	
10	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	4	3	3	2	1	3	2	3	3	1	3	3	3	2	14	9	13	12	10	11	7	11	24	20	20	23		
11	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	4	3	2	1	4	4	2	3	2	2	2	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	16	10	12	12	8	12	6	13	24	22	18	25		
12	3	2	1	2	3	3	4	4	2	1	2	4	1	1	4	4	3	3	1	1	2	3	2	2	2	4	3	2	3	2	4	3	15	8	14	10	5	11	5	13	20	19	19	23	
13	3	3	3	2	2	3	3	2	2	1	3	2	1	4	3	4	4	4	1	2	4	4	2	3	4	4	3	1	3	2	4	2	12	10	13	12	5	13	9	14	17	23	22	26	
14	3	4	3	1	3	3	3	4	3	2	3	4	2	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	2	3	2	3	4	16	11	17	14	5	14	8	13	21	25	25	27		
15	4	4	4	1	3	1	4	4	1	1	3	4	1	2	4	4	4	4	3	3	3	1	2	4	2	3	4	1	3	1	1	4	17	11	18	13	5	10	6	8	22	21	24	21	
16	4	3	3	1	3	2	3	1	2	1	1	4	1	2	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	2	4	4	2	4	1	3	4	16	8	16	14	5	13	7	14	21	21	23	28	
17	3	4	1	1	3	2	4	3	3	1	4	4	1	4	3	3	3	3	2	4	3	4	2	3	3	4	3	2	4	2	3	4	15	11	13	12	5	14	9	14	20	25	22	26	
18	2	4	4	2	2	3	4	3	3	1	4	3	1	4	4	4	4	4	2	3	4	2	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	14	12	17	13	6	11	9	11	20	23	26	24	
19	3	4	3	3	1	4	2	4	4	1	4	4	1	3	4	4	2	3	2	3	3	4	2	4	3	3	4	2	3	1	3	4	14	12	15	15	6	11	8	14	20	23	23	29	
20	1	1	4	1	1	1	4	4	4	1	1	4	4	2	2	3	3	2	2	1	4	1	3	2	1	4	1	1	3	3	2	13	4	13	14	6	12	6	7	19	16	19	21		
21	4	4	4	1	4	1	4	4	1	1	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	4	17	9	20	13	6	17	9	13	23	26	29	26	
22	2	4	3	2	3	2	2	3	2	2	4	4	2	1	4	4	3	2	3	2	3	2	2	3	1	3	3	2	4	2	4	2	12	12	15	10	7	12	6	11	19	24	21	21	
23	3	1	4	2	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	3	4	4	1	3	2	4	1	3	2	4	2	4	2	2	4	14	7	13	13	5	9	5	13	19	16	18	26		
24	2	3	3	3	1	3	3	3	4	2	3	2	2	3	4	4	3	2	1	4	1	3	1	4	3	3	4	2	2	3	3	4	15	10	12	14	7	13	6	11	22	23	18	25	
25	2	2	1	1	3	2	3	1	2	2	1	3	1	2	4	4	4	4	2	3	3	3	1	3	2	3	4	2	3	2	3	1	12	7	10	13	5	12	7	11	17	19	17	24	
26	4	2	2	2	1	1	4	4	1	1	4	4	1	1	4	4	4	4	2	3	1	1	1	4	1	3	4	1	4	2	1	4	17	10	15	13	6	7	3	9	23	17	18	22	
27	4	3	2	2	2	3	4	4	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	2	3	2	4	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	18	11	14	13	6	13	8	13	24	24	22	26	
28	2	3	4	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4	3	3	2	3	3	4	4	2	2	3	4	2	4	2	4	4	16	10	15	12	6	14	9	14	22	24	24	26	
29	3	3	3	1	1	3	2	2	3	2	3	2	1	2	3	4	4	3	2	3	4	4	2	2	4	1	3	2	3	2	2	4	14	10	13	11	5	11	8	11	19	21	21	22	
30	2	4	3	2	3	3	4	4	2	1	2	4	2	4	4	4	2	3	2	4	2	2	3	3	3	4	3	4	1	3	4	15	10	16	12	5	15	9	12	20	25	25	24		
31	2	2	3	4	1	3	1	4	4	2	1	1	3	4	4	4	3	2	3	3	4	4	3	2	4	4	3	3	1	4	3	12	7	16	14	7	13	10	14	19	20	26	28		
32	3	3	4	2	3	1	3	4	2	1	3	2	2	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	1	3	2	3	3	14	10	17	13	6	14	8	11	20	24	25	24	
33	1	2	1	1	1	3	2	2	4	2	4	2	4	2	1	3	1	1	3	1	1	4	1	3	3	2	3	2	4	3	2	1	7	9	7	11	7	11	5	13	14	20	12	24	
34	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	1	1	4	2	3	3	2	3	2	3	3	4	1	3	2	3	3	3	1	4	3	12	7	9	12	5	15	8	13	17	22	17	25		
35	1	3	1	1	4	4	2	3	3	1	1	4	1	4	4	4	1	4	2	1	4	3	4	3	1	4	4	3	4	1	4	4	12	8	13	14	4	11	11	15	16	19	24	29	
36	3	3	4	1	3	2	4	4	3	1	3	4	2	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	3	2	3	4	2	3	2	3	4	16	10	20	13	5	13	9	12	21	23	29	25	
37	3	2	4	2	2	2	4	4	3	2	3	4	1	3	3	4	4	4	3	3	4	2	3	2	2	4	4	1	3	1	4	4	16	9	19	13	6	12	8	11	22	21	27	24	
38	2	3	4	1	3	4	4	4	3	1	2	4	1	3	4	4	4	4	1	3	1	3	1	4	2	4	4	1	1	4	1	4	2	13	9	18	12	3	15	5	16	16	24	23	28
39	2	3	3	1	1	3	2	3	1	1	1	1	2	4	4	4	4	3	1	1	3	2	2	3	2	3	3	2	4	2	3	4	13	8	13	10	4	9	9	12	17	17	22	22	
40	3	4	3	3	4	4	2	2	2	1	4	2	1	4	3	4	3	3	1	3	2	2	2	4	2	4	4	2	3	2	3	4	13	12	12	13	6	13	8	13	19	25	20	26	
41	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	4	2	2	2	4	3	4	2	2	3	4	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	13	10	14	9	6	12	8	11	19	22	22	20	
42	2	4	1	1	4	4	1	3	4	1	2	2	1	1	4	4	1	2	1	3	4	4	1	4	3	4	4	1	4	4	4	1	9	10	8	14	6	15	6	16	15	25	14		

Таблица 3.1.2

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у ординаторов (n=300)
(продолжение)

51	4	1	1	4	4	4	1	1	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	1	1	11	6	13	13	9	14	12	16	20	20	25	29			
52	4	4	4	1	4	1	1	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	4	3	2	4	1	3	2	12	12	15	10	6	15	6	12	18	27	21	22				
53	3	3	4	1	1	1	2	3	2	2	1	2	3	4	4	4	3	3	3	2	3	2	4	3	3	1	3	3	2	2	4	15	9	14	10	6	11	8	10	21	20	22	20		
54	4	3	2	2	2	2	3	4	1	1	4	2	3	3	4	2	4	3	3	4	4	3	2	3	4	1	2	3	3	2	12	8	14	15	8	12	8	11	20	20	22	26			
55	3	2	3	1	2	3	3	3	4	2	2	3	3	3	4	3	2	4	1	3	4	1	2	2	3	3	3	2	4	2	3	15	7	13	13	4	14	9	11	19	21	22	24		
56	3	3	4	1	1	4	4	2	3	4	3	1	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	2	4	2	3	3	17	11	18	11	7	12	10	15	24	23	28	21			
57	2	4	4	1	3	3	4	4	2	1	4	1	2	3	4	1	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	4	15	9	17	13	4	14	10	15	19	23	27	28				
58	2	1	1	2	3	3	1	2	3	2	4	1	1	2	4	4	3	3	2	3	3	4	1	3	3	4	4	4	3	2	3	2	11	9	8	13	6	13	9	14	17	22	17	27	
59	3	1	3	1	1	1	3	3	1	3	4	1	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	2	3	3	4	3	2	3	2	2	15	9	13	10	6	12	9	11	21	21	22	21		
60	3	1	3	1	2	3	1	2	4	2	2	1	2	3	4	2	3	4	3	1	3	1	3	2	4	2	4	3	3	4	1	10	7	10	12	8	12	7	13	18	19	17	25		
61	3	4	2	1	2	2	2	2	2	4	2	1	4	4	4	3	4	1	3	3	1	2	4	3	2	4	2	3	2	2	3	14	12	11	14	4	11	9	7	18	23	20	21		
62	4	4	4	1	2	2	4	3	3	1	3	4	3	4	4	4	4	3	2	3	3	2	3	2	2	3	4	2	3	1	1	4	17	11	18	12	4	11	9	10	21	22	27	22	
63	3	2	2	1	1	2	4	3	3	4	3	1	1	4	4	4	4	3	3	4	3	2	2	4	3	4	2	3	3	3	3	18	9	12	12	7	12	10	11	25	21	22	23		
64	2	3	2	1	3	3	1	4	4	4	2	2	3	3	3	4	4	4	3	4	1	1	4	3	1	4	1	1	4	4	1	11	10	13	16	9	15	8	6	20	25	21	22		
65	3	3	1	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	15	10	15	13	4	15	10	13	19	25	25	26			
66	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	13	8	11	10	7	13	6	12	20	21	17	22			
67	2	3	3	3	1	4	2	1	1	3	1	1	1	2	4	4	2	2	1	2	4	4	1	3	1	3	2	3	2	3	2	1	12	8	8	8	7	7	9	13	19	15	17	21	
68	2	3	2	1	2	2	1	2	1	3	1	1	1	2	4	4	4	1	3	4	1	2	3	1	3	4	3	2	4	1	1	8	10	10	13	6	8	8	8	14	18	18	21		
69	4	3	1	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	2	4	3	2	2	2	3	15	9	13	13	5	11	9	8	20	20	22	21	
70	3	3	3	1	4	3	4	3	3	2	3	3	1	3	4	4	4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	1	3	2	3	3	16	10	16	11	5	12	7	12	21	22	23	23	
71	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2	3	14	10	11	12	7	10	7	11	21	20	18	23		
72	2	3	2	3	1	3	2	3	3	1	4	3	1	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	2	3	2	3	3	12	11	14	12	8	12	10	13	20	23	24	25		
73	3	3	4	1	2	2	4	3	3	1	3	4	2	4	4	4	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	1	4	1	3	4	16	10	18	12	4	12	8	12	20	22	26	24	
74	3	2	4	3	1	4	2	2	3	4	3	2	1	2	4	4	4	4	2	3	4	4	1	2	4	4	2	2	3	2	3	1	14	9	13	11	7	12	8	15	21	21	21	26	
75	4	4	4	2	3	2	4	3	2	1	4	4	1	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	2	2	3	1	3	4	17	12	18	10	6	14	9	13	23	26	27	23
76	4	4	4	1	2	1	4	4	2	2	2	3	2	4	4	4	4	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4	2	3	4	18	10	19	10	6	13	10	11	24	23	29	21	
77	4	3	2	2	3	2	4	2	1	1	1	2	1	2	4	4	4	4	4	3	1	2	4	3	3	3	3	1	3	2	3	3	16	8	14	11	8	13	4	10	24	21	18	21	
78	3	2	4	2	2	2	3	3	2	4	4	1	3	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	14	10	18	11	7	11	8	10	21	21	26	21
79	4	4	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4	4	3	1	3	4	4	2	2	2	4	3	1	4	2	4	1	13	10	14	11	4	15	8	15	17	25	22	26		
80	3	3	4	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	4	2	3	2	4	3	2	4	3	15	10	17	13	8	14	7	10	23	24	24	23	
81	2	4	4	1	1	1	4	2	4	3	3	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	2	1	3	1	4	4	15	11	19	14	6	14	8	11	21	25	27	25	
82	3	4	1	3	1	2	2	2	2	2	1	2	3	4	4	4	2	3	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	3	13	10	8	11	7	10	8	10	20	20	16	21		
83	2	2	2	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	4	4	3	2	1	4	4	1	2	1	4	1	2	3	2	2	1	7	8	9	7	6	8	7	14	13	16	16	21		
84	4	4	1	1	3	3	4	2	1	1	3	1	2	4	4	4	4	1	3	1	4	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	15	9	13	12	4	12	6	13	19	21	19	25		
85	2	2	3	3	2	3	2	3	2	4	1	2	2	4	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	4	4	2	3	1	2	2	12	9	13	13	5	9	6	13	17	18	19	26		
86	4	3	4	3	2	1	4	4	1	2	4	4	1	4	4	4	3	3	2	4	3	3	4	4	4	4	3	2	3	2	3	4	18	11	19	11	7	14	9	11	25	25	28	22	
87	4	4	4	1	1	3	4	4	3	4	2	1	4	4	4	4	4	1	2	3	1	4	4	3	4	4	1	1	1	1	4	19	12	18	16	3	8	8	9	22	20	26	25		
88	2	2	2	3	1	4	2	1	2	1	3	2	2	2	3	4	4	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	10	9	11	9	7	12	7	13	17	21	18	22		
89	4	3	2	1	1	4	3	4	3	4	4	1	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	2	3	4	4	1	1	3	3	4	19	11	16	16	8	10	8	10	27	21	24	26		
90	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	4	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	4	4	2	3	2	2	12	8	8	11	7	11	8	11	19	19	16	22	
91	4	3	4	2	2	3	3	4	3	1	3	4	1	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	16	10	20	14	7	15	9	15	23	25	29	29	
92	2	2	3	2	3	2	1	2	3	2	4	1	1	1	3	4	3	3	1	3	2	1	3	3	2	2	4	2	4	2	4	1	9	10	12	13	5	13	5	9	14	23	17	22	
93	3	3	2	1	2	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	2	2	3	4	1	4	1	4	3	4	4	2	4	2	4	4	16	11	13	14	6	14	7	16	22	25	20	30	
94	3	3	1	1	2	1	2	2	1	1	2	3	2	3	4	3	2	3																											

Таблица 3.1.2

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у ординаторов (n=300)
(продолжение)

101	1	2	4	1	1	1	2	2	1	4	4	1	1	3	4	4	4	4	1	3	3	3	4	4	3	3	4	1	3	1	2	1	12	10	15	13	3	10	7	10	15	20	22	23		
102	3	3	3	1	2	3	2	3	2	2	3	2	3	4	4	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	14	9	14	13	6	11	9	11	20	20	23	24						
103	3	4	3	2	1	2	2	2	3	1	1	3	1	3	4	4	3	4	1	3	3	3	4	2	2	4	4	1	4	1	3	4	14	9	15	13	4	10	7	13	18	19	22	26		
104	2	3	4	1	2	2	2	3	4	3	2	2	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	4	1	3	2	3	4	15	9	15	12	5	14	6	10	20	23	21	22		
105	2	3	2	1	3	2	4	4	2	2	3	2	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	4	15	10	15	12	7	14	8	10	22	24	23	22		
106	2	4	3	1	4	3	2	3	2	1	4	4	1	3	4	4	2	4	3	3	4	1	2	4	3	4	4	2	4	1	3	4	13	12	14	14	5	14	8	12	18	26	22	26		
107	3	3	4	1	2	1	3	3	1	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	18	11	19	13	9	14	9	7	27	25	28	20			
108	2	3	1	1	4	1	4	2	2	1	3	4	1	3	4	4	3	3	1	3	1	4	4	2	4	4	4	1	4	1	4	1	3	4	15	10	14	11	3	15	5	13	18	25	19	24
109	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	1	3	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	2	13	8	14	10	8	13	5	11	21	21	19	21			
110	3	3	4	4	2	3	3	2	3	2	3	2	1	1	4	4	4	3	2	3	3	3	4	3	3	3	4	1	3	1	2	4	16	10	16	13	7	11	5	12	23	21	21	25		
111	3	2	3	2	1	2	2	2	3	4	4	3	4	4	1	2	4	1	4	3	2	3	3	1	2	4	3	3	4	7	16	11	7	11	9	8	21	18	25	19						
112	3	3	2	1	4	1	4	2	2	1	4	3	1	3	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	4	1	4	1	1	4	16	11	15	14	3	14	7	13	19	25	22	27			
113	3	1	3	2	2	3	4	3	2	1	1	4	2	4	3	2	3	3	4	4	4	1	2	4	1	4	4	1	4	2	1	4	15	4	15	13	8	10	9	12	23	14	24	25		
114	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	4	4	4	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	4	14	10	14	11	7	13	9	10	21	23	23	21				
115	3	4	1	2	1	3	1	4	1	1	3	4	1	4	4	4	4	1	1	4	4	3	2	3	3	4	4	1	4	1	1	4	13	11	15	9	4	10	9	14	17	21	24	23		
116	4	3	1	2	3	3	4	4	2	3	3	2	2	3	4	4	3	1	4	3	4	2	4	4	4	1	4	1	4	1	4	16	10	14	15	4	17	6	15	20	27	20	30			
117	3	4	4	2	1	2	3	3	3	1	4	3	2	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	4	3	2	4	2	4	3	13	11	16	12	6	12	9	13	19	23	25	25		
118	3	3	1	3	1	2	3	2	2	1	2	2	1	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	2	4	3	4	2	2	4	2	3	14	9	11	11	9	11	10	13	23	20	21	24	
119	3	4	1	1	2	2	2	3	2	1	1	1	1	4	4	4	4	2	1	2	3	4	4	1	4	4	3	2	4	1	4	2	12	9	13	8	3	13	9	14	15	22	22	22		
120	3	1	4	3	1	1	1	3	3	4	3	3	1	2	4	4	3	4	3	2	1	1	2	4	1	4	4	4	3	3	3	4	16	8	15	15	9	8	7	9	25	16	22	24		
121	3	4	3	1	1	1	3	3	2	2	3	4	1	2	3	4	4	4	1	2	1	3	4	4	3	3	4	1	3	1	3	4	15	11	18	14	3	10	4	10	18	21	22	24		
122	3	3	3	1	2	3	2	2	3	2	2	2	3	4	4	4	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	1	2	2	2	3	13	10	13	13	5	10	6	11	18	20	19	24		
123	2	3	3	2	1	1	4	4	3	2	3	2	3	4	4	3	4	2	3	4	4	2	3	4	4	2	3	3	4	2	3	2	2	4	16	10	17	13	6	11	9	11	22	21	26	24
124	2	4	3	3	2	2	2	3	2	2	1	1	3	3	4	4	3	1	2	4	3	4	2	4	4	4	1	4	3	4	2	3	2	11	10	14	12	6	13	10	10	17	23	24	22	
125	4	4	4	3	1	3	4	4	2	4	3	4	2	1	4	4	4	4	1	1	4	3	4	4	1	4	2	1	4	1	4	4	20	11	20	12	5	9	6	14	25	20	26	26		
126	3	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	3	1	2	4	3	2	3	1	3	3	3	1	3	2	3	4	3	3	2	2	3	14	9	9	12	5	11	8	11	19	20	17	23		
127	4	2	4	1	1	1	4	4	4	1	1	4	1	4	4	4	4	4	3	3	1	4	4	4	3	4	1	1	4	1	4	4	17	7	20	13	5	12	6	13	22	19	26	26		
128	4	3	4	1	1	1	2	3	4	2	2	4	1	1	4	3	4	3	2	4	1	4	4	4	1	4	4	1	4	1	4	4	16	8	19	15	4	11	3	13	20	19	22	28		
129	2	1	4	3	2	1	2	2	1	1	4	2	2	2	2	4	4	4	3	2	3	1	2	1	3	1	4	2	1	2	3	1	8	9	14	10	8	12	7	4	16	21	21	14		
130	3	4	4	1	3	1	3	4	1	1	2	4	1	4	3	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	3	2	3	1	3	4	14	10	19	10	4	15	8	12	18	25	27	22			
131	3	2	1	1	2	2	1	3	1	2	3	1	1	2	4	4	4	3	4	1	1	2	2	3	4	3	2	4	2	2	4	2	12	9	11	10	6	14	5	11	18	23	16	21		
132	4	4	2	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	1	2	3	1	3	2	15	10	15	10	6	13	8	12	21	23	23	22			
133	3	3	3	2	2	3	4	3	2	2	4	4	1	2	4	4	4	4	2	1	1	2	2	4	2	3	4	1	3	2	3	4	17	11	16	14	6	9	4	11	23	20	20	25		
134	4	3	1	2	2	1	2	4	4	3	4	3	1	3	4	4	3	3	1	1	2	4	4	4	3	4	4	3	4	2	4	4	17	11	15	15	5	11	8	13	22	22	23	28		
135	3	2	3	2	1	2	2	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	4	14	8	16	11	6	9	8	9	20	17	24	20		
136	4	3	3	3	1	1	3	2	1	3	2	4	1	2	4	4	4	1	1	4	3	2	3	2	4	4	4	2	4	2	4	4	18	9	16	8	6	14	7	11	24	23	23	19		
137	2	2	2	2	3	3	1	1	3	1	3	3	2	3	3	3	1	4	4	1	3	1	1	4	3	4	4	2	3	1	2	1	8	8	8	15	7	11	8	11	15	19	16	26		
138	2	1	4	3	3	1	4	4	1	2	4	1	1	4	4	3	4	4	1	4	4	4	3	4	4	4	4	1	4	1	4	3	15	8	16	13	5	16	9	13	20	24	25	26		
139	4	2	2	1	3	3	2	4	1	2	4	4	1	1	3	3	3	2	1	3	1	2	3	1	1	3	2	2	2	2	4	15	9	15	10	5	8	6	7	20	17	21	17			
140	3	4	4	1	3	2	4	4	4	2	3	4	2	2	4	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	3	4	3	3	2	2	4	17	10	17	14	4	12	7	10	21	22	24	24		
141	3	3	4	1	1	3	2	2	3	2	3	1	1	4	4	4	2	4	2	3	3	4	1	4	3	3	3	1	2	3	3	3	14	10	10	14	6	11	8	12	20	21	18	26		
142	1	4	4	3	1	1	4	4	3	2	3	1	3	1	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	4	12	11	18	12	9	9	8	9	21	20	26	21		
143	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	4	1	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	1	4	3	4	4	4	4	2	2	1	8	9	8	14	8	11	6	15	16	20	14	29		
144																																														

Таблица 3.1.2

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у ординаторов (n=300)

(продолжение)

151	2	1	1	4	1	4	1	4	1	1	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1	9	9	14	13	9	14	9	13	18	23	23	26								
152	1	1	1	1	4	4	1	4	2	4	1	2	3	4	4	4	1	4	2	1	1	1	1	4	1	3	2	4	2	9	9	8	13	4	15	5	9	13	24	13	22						
153	2	4	2	1	2	1	3	3	2	3	2	3	2	4	3	4	2	4	1	3	3	2	2	3	2	3	4	4	4	2	3	3	14	10	12	13	4	12	11	10	18	22	23	23			
154	3	2	1	1	2	3	2	2	2	4	3	2	3	4	4	4	3	2	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	13	10	13	11	5	13	8	12	18	23	21	23				
155	1	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	4	3	4	4	3	4	2	2	2	2	4	3	3	3	2	3	1	4	2	10	8	13	12	8	13	8	11	18	21	21	23				
156	4	3	2	1	1	1	4	4	2	2	3	3	2	2	3	3	4	2	1	1	3	1	2	4	3	3	3	1	3	1	4	17	9	15	11	3	11	6	8	20	20	21	19				
157	4	4	1	1	3	2	4	3	2	2	1	4	1	1	4	4	2	1	1	3	2	1	3	2	1	3	4	1	1	1	1	12	10	10	10	3	10	5	8	15	20	15	18				
158	4	4	4	3	2	2	4	4	1	1	3	4	1	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	1	4	1	1	17	11	20	12	5	12	9	14	22	23	29	26			
159	3	3	2	2	2	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	11	9	12	12	7	10	7	12	18	19	19	24				
160	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	4	3	2	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	2	3	2	2	3	2	2	13	11	15	11	8	11	8	11	21	22	23	22		
161	2	3	1	1	4	1	4	2	2	1	3	4	1	3	4	4	3	3	1	3	1	4	4	2	4	4	4	1	4	1	3	4	15	10	14	11	3	15	5	13	18	25	19	24			
162	3	2	1	1	3	2	3	2	2	3	4	2	1	4	4	4	3	4	1	4	3	1	3	3	3	4	4	4	3	1	3	4	17	10	11	13	3	14	11	10	20	24	22	23			
163	4	2	1	2	2	3	2	2	1	1	1	1	2	4	4	3	3	2	3	4	3	1	3	3	4	3	2	3	3	3	3	14	7	9	11	7	12	8	13	21	19	17	24				
164	1	3	2	2	4	2	2	3	2	3	4	3	3	1	3	4	2	3	2	3	2	1	1	3	1	4	4	3	3	2	1	2	11	11	11	12	6	12	6	10	17	23	17	22			
165	2	1	2	1	1	1	4	3	2	2	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2	4	4	16	9	17	12	7	14	9	13	23	26	25				
166	4	2	4	2	1	3	4	3	3	1	1	3	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	1	4	2	4	4	17	7	18	12	8	17	9	12	25	24	27	24					
167	4	3	2	2	2	1	2	3	3	2	3	3	1	3	4	4	4	3	2	3	1	4	3	3	3	4	4	3	3	1	3	3	15	10	15	13	5	12	7	12	20	22	22	25			
168	4	3	4	1	1	4	2	3	2	1	3	1	2	4	4	4	4	2	3	3	4	3	3	2	4	4	2	1	3	2	4	1	12	10	15	8	6	14	9	14	18	24	24	22			
169	4	4	2	1	4	3	4	4	2	4	4	4	1	3	4	4	2	4	3	3	2	4	2	3	3	4	2	2	3	3	4	4	20	12	14	11	7	15	7	14	27	27	21	25			
170	3	3	2	2	1	3	4	2	2	4	4	2	3	4	4	3	4	2	3	4	1	2	3	3	3	3	2	3	2	3	4	17	11	13	12	6	12	9	10	23	23	22	22				
171	4	2	4	1	1	1	4	3	2	2	4	1	2	4	2	4	4	2	3	1	2	2	4	2	2	2	4	1	3	3	3	4	16	10	16	10	7	9	7	8	23	19	23	18			
172	2	4	4	1	2	3	2	3	2	3	3	4	1	3	3	4	3	2	3	3	4	2	3	2	3	4	1	3	1	4	2	11	10	16	12	4	15	5	13	15	25	21	25				
173	1	4	4	1	2	4	3	4	4	1	4	2	1	2	4	4	4	4	1	2	2	2	3	4	4	4	1	4	3	1	4	3	12	12	16	15	3	11	5	11	15	23	21	26			
174	3	1	3	3	1	4	3	3	3	3	4	1	4	2	3	3	4	1	2	1	2	1	1	2	1	2	3	2	1	3	3	2	14	8	12	9	8	10	6	8	22	18	18	17			
175	1	1	1	1	1	3	1	3	3	1	1	2	1	4	3	4	1	1	1	3	4	1	2	4	1	4	4	3	3	1	2	4	10	6	9	12	3	8	11	11	13	14	20	23			
176	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	4	4	1	1	4	1	1	1	4	20	12	20	16	3	5	3	4	23	17	23	20				
177	2	3	1	1	3	3	2	3	2	2	3	2	2	4	4	2	3	1	3	3	4	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	12	9	10	12	4	14	8	13	16	23	18	25				
178	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	14	9	15	10	6	13	7	11	20	22	22	21			
179	4	3	2	3	2	1	4	3	2	3	3	3	1	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	2	4	3	4	1	3	3	4	4	19	10	16	10	8	14	8	11	27	24	24	21			
180	3	3	1	1	4	4	2	1	3	1	1	2	2	3	4	4	3	3	4	1	4	1	4	1	4	3	1	4	1	3	1	11	8	9	13	5	14	5	16	16	22	14	29				
181	2	1	3	4	2	3	1	1	3	1	3	1	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	3	2	2	8	7	9	9	10	6	9	17	17	15	18				
182	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	3	1	1	2	4	2	4	3	3	3	1	2	4	1	3	2	1	4	3	1	2	10	8	12	12	7	8	5	10	17	16	17	22				
183	4	4	3	2	1	2	3	3	3	1	4	2	1	4	4	4	3	4	2	4	3	3	3	3	2	4	4	1	4	1	3	4	16	12	14	14	5	11	8	13	21	23	22	27			
184	4	4	1	1	4	2	4	1	4	1	4	4	1	3	4	4	4	4	2	4	4	1	1	1	4	4	4	4	3	1	1	14	12	11	13	4	14	11	10	18	26	22	23				
185	3	3	2	1	2	3	2	2	3	1	2	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	4	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	12	9	12	11	5	13	7	13	17	22	19	24			
186	3	3	2	1	1	1	2	2	3	2	3	3	3	2	4	2	3	2	2	4	3	3	2	2	4	2	3	2	2	3	2	12	10	12	12	5	10	9	9	17	20	21	21				
187	1	4	4	3	1	1	4	4	3	2	3	1	3	1	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	4	12	11	18	12	9	9	8	9	21	20	26	21			
188	4	4	4	1	1	3	4	2	3	2	3	3	1	1	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3	3	17	11	17	15	6	11	7	15	23	22	24	30			
189	4	3	1	1	3	1	4	4	1	1	4	4	1	4	4	4	4	1	1	4	3	4	4	1	4	4	3	1	3	4	17	11	17	13	3	9	11	11	20	20	28	24					
190	4	2	2	4	2	1	1	4	4	1	4	1	1	4	4	4	3	2	1	1	3	4	1	1	2	3	4	2	1	3	3	2	12	10	11	11	8	9	9	9	20	19	20	20			
191	4	4	2	1	4	3	4	2	1	1	1	4	2	4	4	4	2	3	1	4	4	4	2	2	3	4	4	2	4	1	1	4	17	9	12	10	3	14	10	15	20	23	22	25			
192	2	2	4	2	1	3	1	3	3	1	4	1	3	1	3	4	4	3	4	3	2	4	1	4	3	4	3	2	3	1	3	4	11	10	13	13	7	13	5	14	18	23	18	27			
193	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	3	1	3	3	4	4	2	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##
194	1	1	1	4																																											

Таблица 3.1.2

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у ординаторов (n=300)

(продолжение)

201	2	4	3	1	2	2	1	2	3	1	3	1	1	1	4	4	4	3	2	3	1	4	1	3	3	4	4	2	3	1	1	1	9	11	11	13	4	10	4	13	13	21	15	26	
202	2	3	2	2	1	3	2	3	4	1	3	2	4	2	3	4	4	2	2	4	4	3	2	3	2	2	4	1	3	2	2	3	11	10	13	13	6	13	7	11	17	23	20	24	
203	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	4	1	3	4	4	4	3	3	3	3	4	2	3	2	4	2	2	3	2	3	3	14	8	15	10	6	12	8	14	20	20	23	24		
204	4	2	4	1	1	1	4	2	4	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	1	3	2	1	4	18	10	18	16	4	5	9	12	22	15	27	28
205	4	4	4	4	4	1	1	4	1	1	4	4	1	4	4	4	4	3	3	2	4	1	1	4	4	2	4	2	2	2	3	3	13	12	17	12	9	14	10	6	22	26	27	18	
206	3	2	3	2	1	3	1	4	1	1	3	2	2	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	1	3	3	12	9	15	11	5	12	10	13	17	21	25	24		
207	2	2	3	3	1	2	1	1	3	2	2	1	4	1	3	4	4	3	2	1	3	2	2	3	2	2	3	1	3	2	1	2	10	8	11	11	7	9	5	10	17	17	16	21	
208	2	3	3	1	3	3	3	4	2	1	3	4	1	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	1	4	1	3	3	13	10	19	12	6	13	8	15	19	23	27	27	
209	3	3	3	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	4	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	4	15	9	14	11	6	11	9	10	21	20	23	21	
210	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	4	4	4	2	2	3	3	3	2	2	3	2	1	3	2	3	3	14	10	15	10	6	12	7	11	20	22	22	21	
211	3	4	4	2	3	4	4	3	3	1	4	4	2	4	4	4	4	2	1	3	4	3	4	4	4	3	3	4	2	3	1	4	4	16	12	19	13	4	15	10	13	20	27	29	26
212	4	4	3	1	3	1	4	4	3	2	4	1	1	3	4	4	4	3	1	4	3	3	4	4	1	4	3	1	4	3	4	2	16	12	16	13	5	13	7	12	21	25	23	25	
213	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	3	1	2	3	2	2	4	3	2	3	4	1	4	1	1	3	2	2	3	2	3	1	8	7	13	8	6	12	9	9	14	19	22	17	
214	3	3	3	1	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	4	2	2	3	2	2	2	13	9	15	10	6	12	8	12	19	21	23	22	
215	2	3	2	2	3	1	2	3	1	2	3	2	2	4	3	4	4	3	4	4	3	2	4	3	4	2	1	3	2	3	4	13	10	15	9	8	15	8	10	21	25	23	19		
216	4	3	3	4	3	1	4	2	2	2	4	2	1	1	2	4	2	4	3	1	1	3	2	4	1	3	3	2	2	3	3	2	14	11	11	13	10	9	4	9	24	20	15	22	
217	3	3	4	2	1	2	2	2	2	2	4	1	3	2	3	4	3	3	2	3	4	4	3	3	3	3	4	2	3	2	3	2	12	11	13	12	6	13	8	12	18	24	21	24	
218	4	1	2	3	1	3	1	4	3	2	4	2	2	3	3	3	2	3	2	1	4	1	2	4	1	3	4	1	1	1	2	1	11	8	12	14	6	7	8	8	17	15	20	22	
219	3	2	3	2	3	4	3	4	3	1	2	4	1	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	1	4	1	2	3	2	2	4	14	8	18	10	8	11	9	14	22	19	27	24	
220	2	2	1	3	2	2	2	3	2	1	4	4	1	1	4	4	2	3	2	3	2	2	1	4	1	2	4	2	3	2	2	2	11	10	11	13	7	9	5	9	18	19	16	22	
221	2	3	2	2	3	2	1	1	2	1	3	1	4	4	3	3	4	3	2	2	4	2	4	2	4	2	3	2	2	4	4	1	8	9	12	10	8	17	10	8	16	26	22	18	
222	3	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	10	9	8	9	5	12	7	9	15	21	15	18	
223	3	4	2	1	4	2	3	1	3	3	4	2	2	4	4	1	3	2	4	2	4	1	4	4	4	4	4	3	3	4	4	17	11	9	14	6	18	8	13	23	29	17	27		
224	2	3	3	4	1	3	1	1	3	1	2	1	4	1	1	4	3	4	4	1	4	1	1	2	1	3	3	1	1	4	1	4	9	9	9	12	12	8	8	6	8	21	17	15	20
225	4	3	2	1	1	3	4	4	3	2	4	3	2	3	4	4	4	4	1	3	1	4	4	4	3	4	4	2	3	1	3	4	18	11	17	15	3	12	6	14	21	23	23	29	
226	3	2	4	3	1	1	3	3	3	2	4	2	3	2	4	4	4	3	3	2	4	3	1	3	2	4	3	1	3	2	3	2	14	10	14	12	8	11	7	11	22	21	21	23	
227	4	4	3	1	3	3	1	1	4	3	2	1	3	2	4	3	4	1	3	1	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	3	15	9	13	12	7	12	8	14	22	21	21	26	
228	3	2	2	3	1	2	4	4	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	4	3	4	2	3	3	3	3	3	2	4	1	3	4	15	6	15	11	8	12	8	11	23	18	23	22	
229	3	2	3	1	2	4	3	2	2	1	3	2	1	4	4	4	4	4	4	1	4	3	1	3	4	4	2	1	3	2	4	3	14	9	12	11	7	12	9	14	21	21	21	25	
230	4	3	4	1	2	3	3	3	1	1	4	1	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	1	3	4	16	8	19	13	5	14	9	15	21	22	28	28	
231	2	3	4	2	1	3	2	3	4	4	1	1	3	3	1	4	2	3	2	3	2	3	4	4	1	3	4	3	4	2	3	2	11	8	14	14	7	10	8	13	18	18	22	27	
232	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	4	4	2	2	2	3	2	2	3	2	3	4	1	4	4	4	4	1	10	8	12	8	8	14	9	14	18	22	21	22	
233	3	2	1	1	1	3	2	3	3	3	4	3	1	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	4	2	4	3	15	9	15	12	6	12	10	15	21	21	25	27	
234	2	3	3	2	4	3	3	3	2	3	3	2	3	4	4	4	3	2	3	3	4	2	3	3	4	3	2	3	2	4	4	15	10	15	12	6	16	8	14	21	26	23	26		
235	4	1	4	4	1	3	1	2	3	3	3	2	3	4	3	4	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	13	8	12	11	10	11	8	10	23	19	20	21	
236	4	4	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	4	4	4	4	4	1	3	4	3	4	4	4	4	4	1	4	1	4	2	12	9	12	14	3	13	9	14	15	22	21	28	
237	3	3	4	1	2	2	2	2	3	2	4	4	3	4	2	4	3	2	2	3	1	1	3	2	3	3	4	1	3	2	2	3	12	11	16	11	5	13	6	9	17	24	22	20	
238	3	2	2	3	2	2	1	3	2	2	3	1	4	2	3	4	4	2	2	3	3	3	2	1	3	3	1	3	2	1	2	11	9	12	8	7	13	6	11	18	22	18	19		
239	3	1	2	3	2	3	4	4	2	2	4	4	2	3	2	4	2	3	2	3	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	14	9	13	10	7	11	7	9	21	20	20	19	
240	2	4	4	1	3	2	2	3	2	1	2	2	1	1	4	4	4	3	3	4	2	3	1	4	4	3	4	2	4	1	3	1	10	10	14	13	5	15	5	12	15	25	19	25	
241	3	2	4	1	1	4	2	2	1	1	1	3	2	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	2	4	14	7	17	13	5	12	9	16	19	19	26	29
242	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	3	1	3	2	2	3	1	3	2	2	2	2	11	10	12	12	6	11	7	11	17	21	19	23		
243	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	2	3	3	2	3															

Таблица 3.1.2

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у ординаторов (n=300)

(продолжение)

251	2	2	2	1	2	1	2	2	1	4	4	1	4	3	4	1	4	3	2	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	2	14	6	8	11	5	15	8	11	19	21	16	22			
252	3	3	3	1	3	2	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	2	3	2	2	4	15	8	16	13	6	14	7	12	21	22	23	25			
253	2	2	2	1	3	4	3	3	3	1	4	4	1	4	4	4	3	2	3	4	3	3	4	4	3	4	3	1	4	2	2	4	14	10	16	12	6	13	8	15	20	23	24	27	
254	2	3	2	3	2	2	3	4	2	2	3	4	2	2	3	4	4	4	1	2	3	3	1	3	2	4	3	2	2	2	3	13	10	15	12	6	10	7	11	19	20	22	23		
255	4	2	4	1	3	4	2	1	1	1	3	2	1	3	4	4	4	4	1	4	4	2	2	4	3	4	4	1	4	1	1	4	15	9	13	13	3	12	8	14	18	21	21	27	
256	4	3	1	2	2	4	3	2	2	2	3	1	2	4	3	2	2	2	3	4	2	2	2	3	3	1	3	2	3	4	18	8	11	9	6	11	7	10	24	19	18	19			
257	3	3	4	1	3	2	3	3	2	1	4	4	2	3	4	4	4	3	2	3	3	2	2	2	2	1	4	4	1	3	2	2	4	15	11	17	11	5	11	7	11	20	22	24	22
258	3	3	2	3	1	1	2	4	4	2	4	4	1	4	4	4	4	2	4	2	4	1	1	1	4	4	4	1	3	3	3	1	12	11	15	11	10	11	9	9	22	22	24	20	
259	3	3	2	3	3	4	1	3	3	1	3	2	1	3	4	4	4	3	2	1	3	4	2	3	3	4	4	2	4	2	3	3	12	10	13	13	7	11	8	16	19	21	21	29	
260	2	4	1	1	3	3	1	3	4	2	2	1	1	1	4	4	1	3	1	1	2	2	1	4	3	3	4	1	3	2	3	1	10	10	7	15	4	11	4	11	14	21	11	26	
261	2	1	2	3	2	1	2	2	2	1	3	2	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	10	8	10	11	7	13	9	10	17	21	19	21			
262	4	4	1	1	2	1	4	4	1	1	2	4	1	4	4	4	3	1	3	4	4	3	4	4	1	4	2	4	4	3	3	4	17	10	16	8	7	11	12	12	24	21	28	20	
263	1	1	4	4	1	1	2	2	2	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	3	2	2	2	3	3	1	3	1	3	2	9	8	15	11	9	13	7	10	18	21	22	21	
264	1	1	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	1	4	4	4	4	1	5	3	5	4	12	20	12	16	17	23	17	20	
265	2	2	2	1	3	2	3	4	2	2	2	4	3	3	4	4	4	2	1	4	4	3	4	2	3	3	4	3	2	2	2	13	8	18	10	4	15	10	17	23	28	20			
266	2	1	2	2	3	3	1	2	2	1	3	1	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	1	2	1	2	1	1	3	2	2	3	10	8	9	8	8	13	9	11	18	21	18	19	
267	2	1	3	3	1	3	3	3	3	2	3	2	1	4	3	4	3	3	3	3	4	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	13	8	14	11	8	10	10	10	21	18	24	21		
268	2	3	3	1	1	3	1	3	4	2	4	3	1	2	4	4	4	3	3	2	3	3	1	3	3	4	3	1	3	1	3	3	12	11	14	13	5	10	6	13	17	21	20	26	
269	4	3	2	2	1	3	2	2	2	3	4	1	3	3	4	4	4	4	1	4	3	2	4	3	4	2	1	3	2	3	3	15	10	14	12	8	10	8	11	23	20	22	23		
270	3	3	4	1	3	2	3	3	4	2	4	4	2	4	4	4	4	2	2	3	4	2	4	3	3	3	4	2	3	1	3	4	16	11	19	13	4	14	10	10	20	25	29	23	
271	4	3	3	2	2	3	4	3	3	3	3	2	2	3	4	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	15	10	17	13	6	13	7	10	21	23	24	23		
272	2	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	4	4	1	1	2	3	3	3	3	2	2	3	4	2	2	3	1	1	2	8	3	7	8	5	12	9	14	13	15	16	22			
273	4	2	4	1	2	3	3	4	2	2	2	1	4	2	4	4	4	1	1	4	1	1	4	4	4	4	1	1	3	4	3	14	8	17	14	5	12	9	9	19	20	26	23		
274	2	4	2	3	1	3	4	2	1	4	1	4	4	2	1	1	4	4	1	1	4	1	2	4	2	1	1	2	3	3	4	15	6	11	10	7	11	8	8	22	17	19	18		
275	2	3	3	4	1	2	2	3	3	1	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	4	2	1	3	2	4	3	2	3	2	4	3	11	9	12	11	9	11	9	11	20	21	22		
276	3	4	2	1	1	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	13	10	11	9	5	12	8	12	18	22	19	21		
277	3	1	4	1	2	3	1	3	3	2	3	1	3	1	3	4	4	3	3	3	4	3	1	2	2	4	1	4	2	3	1	10	8	13	8	6	13	6	14	16	21	19	22		
278	4	4	2	1	3	3	2	2	3	1	2	4	1	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	1	2	4	3	1	3	2	3	3	14	10	16	9	5	12	8	14	19	22	24	23	
279	4	4	4	1	1	3	2	2	4	2	4	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	4	15	11	14	##	##	##	##	##	##	##	##	##	
280	2	4	4	3	3	3	4	4	2	1	2	4	4	4	4	1	2	1	3	4	4	4	4	2	1	2	3	4	1	1	4	1	12	7	14	4	7	17	12	11	19	24	26	15	
281	4	3	4	1	1	3	4	4	3	2	2	4	1	4	4	4	1	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	2	3	1	4	4	18	9	17	15	4	13	9	14	22	22	26	29	
282	4	3	3	2	2	1	2	4	4	3	4	3	1	3	4	4	4	4	4	1	3	1	1	4	2	2	3	4	4	1	3	4	17	11	18	14	6	12	8	6	23	23	26	20	
283	4	2	4	1	3	4	2	3	4	2	4	3	1	1	4	4	4	4	4	1	2	3	1	4	4	4	4	1	4	2	4	4	16	10	15	16	7	13	4	15	23	23	19	31	
284	3	1	2	1	1	2	1	3	4	2	2	2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	1	1	1	1	4	2	3	1	11	7	12	13	7	10	8	8	18	17	20	21
285	2	2	4	3	1	1	4	4	2	2	4	4	1	2	4	4	4	2	1	3	1	1	2	2	3	3	4	1	3	1	3	4	16	10	18	10	5	11	4	8	21	21	22	18	
286	3	3	3	2	2	3	2	4	2	2	2	2	3	4	4	4	4	2	2	2	3	1	4	3	1	3	4	1	3	1	1	4	15	9	17	11	5	9	8	10	20	18	25	21	
287	4	3	2	2	2	3	3	2	1	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	13	8	13	10	8	12	10	10	21	20	23	20		
288	2	1	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	1	4	4	4	1	9	6	11	10	9	17	6	13	18	23	17	23		
289	2	4	3	2	2	3	4	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	4	3	4	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	13	9	15	10	6	12	8	12	19	21	23	22		
290	4	2	3	1	1	3	2	3	3	2	3	4	1	1	4	4	2	3	2	3	3	3	3	4	2	3	3	2	3	2	3	3	15	9	15	13	5	10	6	12	20	19	21	25	
291	2	2	2	1	2	1	2	2	1	4	4	1	4	3	4	1	4	3	2	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	2	14	6	8	11	5	15	8	11	19	21	16	22			
292	3	3	3	1	3	2	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	2	3	2	2	4	15	8	16	13	6	14	7	12	21	22	23	25		
293	2	2	2	1	3	4	3	3	3	1	4	4	1	4	4	4	3	2	3	4	3	3	4	4	3	4	3	1	4	2	2	4	14	10	16	12	6	13	8	15	20	23	24	27	
294	2	3	2	3	2	2																																							

Таблица 3.1.3

Результаты подсчета методики «Стиль мышления» у врачей (n=50)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	и	к	у	п	и	к	у	п	и	к	у	п	и	к	у	п
1	4	4	4	2	3	3	4	4	2	2	4	4	3	4	4	4	2	2	2	1	3	3	2	2	3	2	4	2	3	2	3	2	16	12	16	10	6	13	9	11	22	25	25	21				
2	3	4	4	3	1	3	3	2	2	3	3	1	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	14	11	15	11	8	11	7	12	22	22	22	23				
3	4	4	1	1	3	3	4	4	1	1	3	3	1	4	4	4	4	4	1	3	2	3	2	4	1	3	4	2	4	1	3	4	17	11	14	13	3	11	8	13	20	22	22	26				
4	4	4	1	1	3	3	4	3	4	3	4	4	1	3	3	4	4	2	1	4	3	3	4	3	3	2	4	3	2	2	2	4	18	12	19	13	4	11	9	10	22	23	28	23				
5	2	3	1	2	3	3	3	3	4	2	2	4	1	2	3	2	1	3	3	4	4	2	2	3	1	2	4	3	3	1	3	4	14	7	11	14	6	12	9	10	20	19	20	24				
6	3	2	4	1	1	3	3	2	2	4	4	2	1	2	4	4	4	3	3	3	1	2	1	3	3	2	1	4	1	3	4	14	10	18	9	5	12	5	11	19	22	23	20					
7	1	2	3	4	1	1	3	4	3	4	4	1	4	1	1	4	1	2	4	4	1	1	2	4	3	3	4	4	1	3	3	2	11	10	11	13	11	15	6	6	22	25	17	19				
8	3	4	4	1	2	3	4	4	2	1	4	4	1	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4	16	12	20	10	9	15	9	15	25	27	29	25				
9	2	3	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	1	2	4	1	1	2	2	3	4	1	2	3	4	4	1	4	1	3	4	13	10	8	10	4	13	5	15	17	23	13	25					
10	2	3	4	1	2	3	3	3	3	1	4	3	3	4	3	3	4	4	2	3	2	3	3	2	2	3	3	1	2	1	2	3	12	10	17	12	4	12	7	11	16	22	24	23				
11	3	3	4	1	3	1	3	3	3	1	3	4	3	4	4	4	4	3	1	4	3	3	4	2	2	4	4	1	4	2	2	3	14	10	19	12	4	14	8	12	18	24	27	24				
12	2	2	2	4	1	4	1	1	1	2	4	2	4	2	3	4	2	4	1	2	1	3	1	2	2	3	4	4	2	2	3	2	10	10	8	11	7	12	7	12	17	22	15	23				
13	2	2	3	1	2	3	2	3	3	2	2	4	2	4	4	4	4	2	2	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	1	12	8	13	13	5	14	5	11	17	22	18	24				
14	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	1	3	4	3	3	1	3	3	2	1	3	2	3	4	2	3	2	3	2	12	9	10	13	5	13	6	11	17	22	16	24				
15	1	2	3	2	2	4	1	2	2	2	3	2	4	1	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	4	2	2	2	2	1	2	8	8	12	8	7	11	6	13	15	19	18	21				
16	4	3	4	1	2	1	4	2	3	2	4	4	1	2	4	4	4	3	2	1	3	3	4	4	3	3	4	2	3	3	3	2	16	11	18	14	6	10	7	10	22	21	25	24				
17	2	2	4	3	1	3	2	3	3	2	3	2	1	4	4	4	4	4	1	1	3	1	2	4	1	4	4	1	2	2	1	3	13	9	15	15	6	5	8	10	19	14	23	25				
18	4	4	3	1	3	1	2	4	2	2	4	1	2	3	3	4	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	2	4	4	15	12	13	10	6	13	7	10	21	25	20	20				
19	3	3	2	1	2	1	2	3	1	2	2	2	2	4	4	1	2	1	4	4	3	1	2	1	4	2	2	4	1	1	3	12	9	8	9	3	10	8	12	15	19	16	21					
20	3	4	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	1	1	4	2	4	4	4	4	2	4	1	3	1	1	1	3	2	2	3	1	4	13	11	12	11	10	9	7	7	23	20	19	18			
21	2	2	4	4	1	1	1	4	4	3	4	2	1	1	4	4	4	3	3	1	1	2	4	1	1	4	4	1	4	1	3	4	14	10	16	16	8	9	3	10	22	19	19	26				
22	1	1	4	2	2	3	2	1	1	2	4	1	4	4	2	4	4	4	2	2	4	2	2	2	1	4	3	1	2	2	2	9	9	12	10	6	11	9	9	15	20	21	19					
23	2	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	4	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	1	3	2	2	1	11	9	16	10	5	11	4	12	16	20	20	22				
24	2	4	4	1	1	1	4	4	2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	3	1	4	1	2	2	3	2	13	11	20	14	7	14	8	6	20	25	28	20				
25	3	2	4	2	3	1	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	4	3	2	2	4	4	2	1	2	3	3	1	3	2	4	3	13	9	16	10	6	13	8	11	19	22	24	21				
26	3	2	3	1	1	3	2	1	4	1	2	3	1	1	4	1	4	1	1	4	1	1	4	1	4	4	4	1	3	2	3	1	11	5	15	10	4	13	3	11	15	18	18	21				
27	3	3	3	1	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	4	3	4	1	2	2	4	3	4	3	3	2	3	2	1	3	2	3	2	14	10	14	11	4	12	6	12	18	22	20	23			
28	3	2	3	1	1	3	2	1	4	1	2	3	1	1	4	1	4	1	1	4	1	1	4	1	4	4	1	3	2	3	1	11	5	15	10	4	13	3	11	15	18	18	21					
29	3	4	1	1	2	3	2	4	3	2	4	4	2	2	4	2	2	2	1	1	4	1	1	4	3	2	4	1	1	1	1	2	13	10	12	13	3	9	7	7	16	19	19	20				
30	3	4	3	2	1	2	3	2	4	2	2	2	2	1	3	4	4	4	3	3	4	2	2	2	1	4	2	2	3	1	4	2	13	10	13	12	6	11	7	11	19	21	20	23				
31	4	1	2	1	1	2	1	1	1	4	3	1	1	3	4	4	3	3	3	4	4	1	2	4	4	4	1	1	2	1	1	10	9	12	10	6	10	6	11	16	19	18	21					
32	1	1	4	3	2	4	2	1	4	2	4	4	1	2	3	4	4	3	2	1	4	4	2	4	1	4	3	1	3	1	3	1	9	9	15	14	6	8	7	15	15	17	22	29				
33	3	3	4	1	3	2	3	4	2	1	4	3	2	2	4	3	4	4	1	3	3	2	2	3	1	3	4	3	3	2	3	2	13	10	17	13	4	12	8	10	17	22	25	23				
34	2	3	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	2	4	3	2	4	4	1	4	2	4	4	13	10	17	11	7	15	9	12	20	25	26	23					
35	4	4	4	1	2	2	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	15	9	16	13	5	13	8	10	20	22	24	23					
36	3	3	4	1	3	2	3	4	2	1	3	3	3	4	3	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	4	3	1	3	2	3	3	13	10	19	13	5	15	7	13	18	25	26	26				
37	4	4	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	16	10	14	11	6	13	9	10	22	23	23	21				
38	2	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	2	1	3	3	4	4	2	3	2	3	3	1	3	2	3	3	1	2	3	3	1	8	8	9	9	8	11	7	11	16	19	16	20				
39	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	4	3	3	4	4	4	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	14	10	17	12	7	12	8	11	21	22	25	23				
40	1	2	1	3	2	4	1	2	4	3	4	2	2	1	2	3	4	3	1	1	3	4	1	2	1	4	4	1	3	2	1	1	8	9	10	13	6	7	5	15	14	16	15	28				
41	4	4	4	1	4	3	4	4	2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	1	3	1	4	4	4	3	4	4	1	4	1	4	4	17	11	20	14	3	18	6	15	20	29	26	29				
42	2	2	4	1	2	2	4	3	2	1	1	4	3	3	1	2	1	4	1	3	3	1	2	4	3	4	4	3	3	3	2	10	5	14	14													

Таблица 3.2.3. Результаты подсчета баллов методики «Профиль мышления» у врачей (n=50)

	Предметн	Символич	Знаковое	Образное	Креативно
1	9	6	7	10	8
2	7	4	9	13	11
3	7	5	10	13	8
4	11	2	7	11	10
5	11	4	6	12	10
6	11	2	7	11	10
7	10	1	7	10	7
8	7	6	8	8	8
9	10	5	11	9	9
10	5	4	11	10	5
11	7	4	13	10	11
12	6	4	7	10	7
13	8	4	4	9	6
14	10	5	7	10	11
15	6	3	13	10	10
16	7	5	7	13	10
17	9	5	9	11	9
18	7	6	12	12	6
19	4	8	6	6	8
20	8	6	12	8	9
21	11	5	6	5	7
22	3	7	13	10	8
23	12	2	8	10	8
24	4	10	9	6	10
25	7	5	7	7	4
26	6	2	12	10	9
27	4	4	10	7	8
28	6	7	4	1	4
29	7	4	12	10	8
30	8	7	7	9	8
31	11	6	13	10	9
32	2	6	8	7	9
33	9	3	10	8	6
34	2	2	12	7	6
35	14	2	7	6	4
36	7	7	10	7	8
37	8	2	6	8	5
38	6	4	5	4	5
39	8	5	9	8	11
40	11	5	9	9	8
41	11	2	5	6	3
42	9	2	10	8	8
43	11	5	11	11	5
44	8	7	11	11	7
45	11	8	4	6	6
46	7	11	8	13	11
47	9	9	9	10	8
48	8	9	5	4	6
49	8	2	6	8	5
50	6	4	5	4	5

Таблица 3.3.1 - Результаты подсчета баллов методики «Когнитивное оценивание ТЖС» у студентов (n=30)

1	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Стресс, недосып, усталость, проблемы со здоровьем из-за стресса и учебы	живу в этой ситуации на протяжении	6	3	3	2	4	6	3	3	4	5	3	2	5	3	2	3	3	3	4	4	0	6	3	2	5	3	5	2	4	5	3	4	5	4	5,25	3,00	2,33	4,50	3,50	2,33	4,50	5,00
2	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	ссоры в группе участились из-за первой волны недопонимания после того, как 3 человека ушли с	случилась впервые	6	1	4	5	2	6	6	2	4	4	5	5	3	6	3	3	3	4	3	6	6	3	3	6	3	1	3	3	5	5	5	5	5	3	5,25	3,75	4,00	2,75	3,25	3,00	5,25	4,33
3	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	1	Сложно работать и учиться с безответственными людьми	часто	3	0	3	0	1	3	0	0	6	0	5	3	5	0	0	3	0	6	6	4	5	0	3	0	1	0	0	4	4	2	0	4	4,25	4,25	0,83	3,00	0,75	0,00	2,50	1,67		
4	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Не способна сдерживать свои эмоции	часто	6	6	5	1	0	3	0	5	3	2	н	2	0	3	2	1	2	6	3	5	2	3	5	6	3	3	3	6	5	5	6	2	3	4,00	2,00	3,00	2,00	2,75	1,33	4,50	3,33	
5	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Неспособность разобраться в собственных чувствах	ситуации на протяжении	6	6	5	5	4	5	2	3	1	6	н	1	3	5	н	5	2	1	н	0	1	3	3	5	н	3	5	0	6	4	4	4	1	1	4,00	1,75	5,00	3,00	4,50	4,00	3,75	3,33
6	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	1	Учеба и получение хороших оценок по каждой из дисциплин	ситуации на протяжении	6	6	1	1	6	5	3	1	6	н	2	1	н	2	2	6	3	3	1	1	5	5	5	1	5	1	2	н	2	4	1	5	5,67	1,00	2,00	5,50	2,25	3,67	4,00	3,00		
7	3 курс пед.фак.	28.10.2019	21	2	Не хватает времени на все дела	часто	6	6	4	0	6	6	0	3	6	5	6	4	2	6	1	3	1	6	6	6	0	6	4	0	5	3	5	5	5	6	5	6	0	4	6,00	2,25	1,67	4,50	3,75	0,00	6,00	3,67
8																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
9	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Меня очень часто тревожат вопросы, связанные с учебой, т.к. у меня есть небольшая проблема,	крайне редко	6	6	4	6	5	6	3	4	6	н	5	5	н	5	3	5	6	3	1	0	5	6	6	6	4	5	1	3	н	4	6	6	6	6,00	2,25	4,00	5,25	4,00	3,67	6,00	5,50	
10	3 курс пед.фак.	30.10.2019	20	2	получение знаний		6	6	0	4	4	5	2	0	5	3	6	0	4	6	4	3	5	3	2	2	0	6	6	2	6	5	5	3	4	5	3	5	5	2	5,50	0,00	2,83	5,25	4,00	3,33	4,75	5,00
11	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	не хватает времени на все дела	часто	4	5	1	1	5	5	0	4	4	3	1	1	1	1	1	3	4	2	4	1	1	4	4	1	4	1	4	1	2	4	2	1	1	5	3,50	2,00	1,33	4,25	1,75	2,33	2,25	3,00
12																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
13																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
14	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Система обучения, которая направлена на рейтинг и статус Вуза, а не обучения	живу в этой ситуации на	5	1	5	5	5	5	5	5	6	н	6	0	н	6	0	2	6	6	6	3	6	0	3	6	3	5	0	6	н	5	6	6	4	5,00	5,50	3,50	4,75	3,75	1,67	5,67	5,50	
15	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Как найти границу между желанием и возможностью в достижении своей цели? Ведь очень часто не	часто	6	5	4	5	5	6	2	2	3	3	3	0	4	4	3	4	5	5	5	4	2	5	0	2	6	1	н	2	5	5	6	6	3	4,50	2,25	3,50	5,25	3,25	1,67	5,25	5,50	
16	3 курс пед.фак.	29.10.2019	21	2	Неуверенность в желании продолжать получать выбранную мною профессию	живу в этой ситуации на	5	6	4	4	6	6	2	1	2	6	6	1	6	4	0	4	0	1	6	4	0	0	3	4	4	4	6	6	6	6	6	5	6	2	4,75	1,25	3,33	2,50	5,50	1,33	4,00	6,00
17																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
18																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
19	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Учебу, результат остается одним-отрицательным, что		6	3	4	3	4	6	6	5	5	0	6	3	0	6	4	3	0	2	5	1	2	4	2	5	6	6	6	6	6	5	5	3	5,75	3,75	3,67	3,50	3,00	4,00	4,75	5,67		
20	3 курс пед.фак.	30.10.2019	20	2	Разногласия между родственниками из-за жилищных вопросов	случилась впервые	6	2	4	3	3	6	5	4	5	3	4	5	2	5	1	1	3	1	3	1	4	5	1	3	2	2	6	5	2	6	3	4	1	4	5,25	4,50	2,33	3,25	2,25	4,33	4,00	4,33
21																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
22	3 курс пед.фак.	28.10.2019	19	1	ходить на работу больше, чем я хотел бы, чтобы	ситуации на	5	6	1	0	0	3	2	1	4	2	4	2	0	0	0	0	0	4	1	2	1	5	2	6	4	6	5	4	5	5	4	1	1	4,00	1,00	1,33	1,75	2,50	3,00	1,75	4,00	
23	3 курс пед.фак.	28.10.2019	19	2	потерпеть неудачи в обучении		6	3	3	4	2	6	6	6	5	1	4	3	1	5	4	4	2	2	3	2	1	4	2	4	5	2	5	4	2	4	3	5	3	1	5,25	4,00	4,00	3,25	1,50	4,33	4,50	4,00
24	3 курс пед.фак.	28.10.2019	22	2	Стресс во время учебы	ситуации на	3	6	3	0	4	4	3	3	6	6	3	3	4	4	5	0	3	н	6	5	5	5	0	3	6	5	5	н	0	5	3	5	5	6	4,00	3,00	1,83	4,50	3,75	1,33	4,33	5,00
25																																							0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
26	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	этого	случилась впервые	6	5	0	3	4	6	2	2	5	3	5	1	0	3	3	2	4	6	1	1	1	4	4	1	6	4	6	1	5	5	4	5	5	5,50	1,50	1,67	4,50	3,00	4,00	5,00	5,33	
27	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	сердцу происходящие трудности, некоторые мне выпадают в ночное время суток, затем	редко	6	5	4	1	0	4	0	2	5	4	0	0	3	4	3	1	1	3	3	4	0	4	4	0	2	3	4	3	3	4	1	5	2	6	3,75	1,25	1,50	1,75	3,25	1,67	4,00	3,33
28	3 курс пед.фак.	28.10.2019	21	2	чувствую усталость и недомогание весь день.	редко	5	6	0	0	3	5	3	5	0	0	6	0	0	5	0	2	4	0	6	6	0	4	6	0	3	1	6	6	6	6	0	6	6	4,00	1,25	0,33	3,50	1,75	1,00	4,00	6,00	
29	3 курс пед.фак.	28.10.2019	20	2	Частый стресс на учебе, высокая нагрузка	живу в этой ситуации на протяжении	3	4	0	4	4	3	6	3	4	1	4	3	4	5	4	3	2	1	5	5	1	5	3	5	5	4	5	1	3	4	3	5	5	3,50	2,75	2,83	4,00	3,00	2,67	3,50	4,67	
30	3 курс пед.фак.	28.10.2019	19	2	Высокие эмоциональные нагрузки на учебе, стрессы, постоянная усталость. Не хватает времени.		6	6	3	1	4	6	3	6	3	3	3	3	3	4	3	3	4	2	4	3	2	5	3	3	4	0	4	4	4	3	6	6	3	5,25	2,25	2,67	4,75	3,25	2,67	4,50	4,67	

Таблица 3.3.2. Результаты подсчета баллов методики «Когнитивное оценивание ТЖС» у ординаторов (n=300)

частота	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	ф1	ф2	ф3	ф4	ф5	ф6	ф7	ф8	
живу в этой	6	3	4	4	2	6	1	5	3	4	3	3	5	4	4	2	2	3	5	4	4	5	3	1	3	4	5	0	6	5	5	6	2	4	4,50	3,50	2,83	3,00	4,75	1,33	4,75	4,00	
редко	4	3	3	3	2	5	5	3	2	3	5	3	1	4	3	3	4	0	1	1	3	5	3	3	4	6	6	2	4	2	3	5	3	4,00	2,50	3,00	3,00	2,50	5,33	3,00	5,00		
случалась впервые	6	3	2	3	1	6	1	1	1	1	4	2	4	2	1	1	4	1	5	4	1	6	4	2	6	5	6	1	4	н	4	2	4	4,25	2,00	1,83	4,25	3,50	1,33	2,75	5,00		
случалась впервые	5	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	5	5	1	5	1	1	5	5	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	5,00	2,00	5,00	
крайне редко	5	5	2	5	6	5	1	5	6	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	5	1	5	6	1	5	1	5	5	1	1	5	5	4,25	1,75	1,83	5,25	2,00	1,00	2,00	5,00		
происходила	5	3	2	1	3	5	5	3	1	4	3	1	3	1	1	1	3	1	3	4	1	3	4	1	5	1	5	5	4	5	4	1	4	4	3,50	2,25	1,33	3,50	3,00	3,33	2,00	4,67	
случалась впервые	6	5	2	3	3	4	0	0	4	1	3	1	1	0	2		3	0	5	4	4	5	6	2	5	3	5	0	0	5	3	2	5	6	4,25	0,50	1,50	4,00	1,25	1,00	1,50	5,00	
случалась впервые живу в этой ситуации	5	5	1	1	5	6	1	1	5	6	6	1	5	6	1	1	6	1	6	0	5	6	6	0	0	5	6	5	5	6	1	5	6	5	5,50	0,75	0,83	4,25	5,25	2,33	4,50	6,00	
на протяжении	6	5	0	4	3	6	0	0	4	4	0	0	2	4	1	1	0	0	6	4	0	6	6	0	6	4	6	0	6	6	1	4	4	4,00	0,25	1,33	3,75	4,00	0,67	3,50	5,33		
редко	3	4	3	5	1	4	3	2	1	2	4	2	2	4	4	1	3	3	1	0	0	0	0	4	3	4	3	2	0	0	0	0	2	3,00	3,00	3,50	1,75	2,50	4,67	2,75	1,00		
происходила (ситуация может)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
случалась впервые	6	4	0	4	5	6	0	0	6	0	4	2	0	0	0	1	0	0	6	6	6	6	6	0	6	0	5	0	0	6	6	6	6	5,50	1,00	0,83	4,25	0,00	0,00	3,25	5,67		
происходила	6	4	2	4	2	4	1	3	5	5	0	3	3	0	3	1	3	2	5	3	2	4	4	1	6	3	5	0	2	3	2	2	4	4	3,75	2,50	2,17	3,75	3,25	1,67	2,00	4,00	
на протяжении	6	5	5	3	4	6	4	3	5	2	4	2	2	2	2	3	4	2	2	2	4	2	5	5	5	5	5	5	6	6	5	5	2	5,50	2,50	3,50	4,00	4,50	4,00	4,25	5,33		
живу в этой ситуации	6	6	5	4	6	6	4	5	6	3	6	3	2	5	6	0	1	3	6	6	0	5	3	0	6	4	4	4	6	6	3	6	6	6,00	2,75	2,50	4,50	3,75	1,33	5,00	5,33		
на протяжении	6	6	0	2	6	6	6	2	6	6	6	1	6	6	0	0	6	0	0	0	6	6	6	6	6	0	0	0	6	6	0	6	6	6,00	0,75	2,33	6,00	4,50	6,00	4,50	4,00		
живу в этой ситуации	6	0	4	6	0	6	6	6	0	3	6	6	6	6	6	6	0	6	0	0	6	0	3	0	6	0	6	6	6	6	2	5	6	0	4,50	5,25	4,67	1,50	3,75	6,00	5,75	6,00	
случалась впервые	6	5	3	4	3	5	1	1	6	5	5	4	5	5	4	4	3	1	5	1	1	4	1	3	5	5	5	1	4	4	5	4	5	3	5,50	2,75	3,50	3,75	4,75	2,33	3,75	4,67	
на протяжении	6	6	0	5	4	1	0	1	6	6	4	0	2	5	2	2	1	2	5	5	0	2	6	1	6	6	6	6	6	5	3	4	6	4	4,25	0,25	1,83	3,25	5,00	0,67	2,25	5,67	
случалась впервые	4	2	1	2	2	3	0	1	3	5	5	2	5	3	2	2	5	1	5	3	1	2	4	6	5	4	4	4	3	5	4	4	4	4	3,75	2,25	2,50	3,50	4,25	1,33	2,75	4,33	
случалась впервые	5	6	2	6	6	5	5	2	4	5	4	2	5	5	5	2	5	5	4	6	5	6	5	6	5	6	5	6	0	5	5	5	5	4,50	1,00	3,50	5,50	5,00	2,67	5,00	5,33		
случалась впервые	4	5	1	2	1	4	4	1	5	3	5	0	6	3	2	1	0	2	6	0	1	1	5	4	2	0	2	4	1	5	5	6	4	4,50	0,75	2,00	1,00	2,50	3,33	3,50	4,33		
происходила	5	6	0	4	6	4	4	4	6	0	4	0	0	3	3	0	3	3	6	6	6	6	6	3	6	0	6	0	0	4	0	6	3	6	4,75	1,00	1,67	5,25	0,00	1,33	4,00	4,33	
часто	6	0	6	6	6	6	1	6	4	0	5	6	4	6	6	2	2	0	2	5	1	3	2	4	3	4	5	6	6	5	4	4	6	6	0	5,25	5,00	4,83	3,00	3,50	2,33	5,00	5,33
происходила	4	2	0	3	2	5	0	0	4	0	5	2	0	3	2	1	0	0	0	5	1	3	5	4	6	4	4	0	5	6	4	5	1	4,50	1,75	2,50	2,75	1,00	2,33	3,00	4,67		
случалась впервые	6	6	0	0	6	3	5	0	6	3	6	0	0	6	0	0	6	0	5	6	6	6	0	6	0	6	0	6	0	3	6	5	5	6	6	5,25	0,00	0,00	6,00	1,50	4,00	3,50	6,00
случалась впервые	5	5	3	5	4	4	1	1	5	5	1	3	1	2	4	2	2	1	5	4	4	4	4	4	5	4	4	1	2	5	4	4	4	3	3,75	1,75	3,50	3,75	3,00	1,33	2,75	4,33	
живу в этой ситуации	5	5	0	0	1	6	1	1	4	0	0	0	1	2	2	0	2	0	1	1	1	4	4	1	5	0	4	0	1	4	0	2	4	4	3,75	1,00	0,83	3,00	0,50	3,67	2,50	4,00	
на протяжении	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,25	3,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00		
никогда не	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	0	5	6	0	0	4	0	6	0	6	6	6	6	6	6	6	6,00	3,50	3,67	4,25	4,50	0,33	4,25	6,00		
происходила	6	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	0	6	0	0	0	6	0	0	0	0	6	1,50	0,00	0,00	4,50	0,00	2,00	0,00	2,00	
живу в этой ситуации	6	6	0	6	6	6	0	3	6	6	3	5	3	5	0	5	0	5	6	0	6	6	0	6	0	6	0	5	0	6	6	5	2	6	6	6,00	1,50	1,83	5,75	4,25	0,33	2,75	5,67
на протяжении	2	1	2	4	2	6	6	2	5	5	3	5	4	5	3	3	4	4	4	4	2	3	4	2	5	4	6	6	4	4	2	5	5	4	4,00	3,50	2,67	3,50	4,25	3,33	5,00	5,00	
случалась впервые	6	6	1	0	1	5	1	1	5	5	5	1	1	3	2	1	5	1	5	1	5	2	1	1	5	1	5	1	3	5	4	5	5	5	5,25	1,75	1,00	3,25	2,50	2,33	3,50	5,00	
живу в этой ситуации	4	6	1	4	4	4	2	3	5	3	3	4	2	4	4	2	2	1	4	5	2	3	2	3	3	2	2	2	4	4	4	3	4	3	4,00	2,75	2,83	3,00	2,75	1,67	3,00	3,33	
на протяжении	3	5	0	0	4	1	0	0	1	3	2	0	1	0	1	0	1	1	6	6	0	5	6	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1,75	0,25	0,33	3,75	1,00	0,00	0,50	0,00	
редко	5	5	2	5	1	3	1	1	3	4	3	1	2	3	4	3	5	4	5	5	4	5	1	5	4	4	1	5	5	5	3	5	3	3,50	1,00	3,00	3,75	3,75	1,00	3,25	4,67		
происходила	6	0	4	0	0	6	6	6	6	0	6	6	0	6	0	0	0	0	0	6	0	3	0	0	0	0	0	6	6	2	4	6	3	0	6,00	5,25	1,67	0,00	1,50	6,00	4,50	1,67	
случалась впервые	4	6	0	5	5	4	0	0	4	5	0	4	4	2	0	4	0	4	4	0	4	5	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	6	3	3,50	0,25	2,33	3,25	3,00	2,67	2,25	2,00	
случалась впервые	5	0	3	0	1	4	5	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	5	1	5	0	1	1	1	0	3	5	0	4	0	5	2,25	2,00	1,00	1,00	1,00	5,33	2,75	2,00		
происходила	6	6	1	4	6	6	5	3	6	6	6	1	6	5	4	5	6	2	2	0	0	6	4	5	5	6	6	0	6	5	4	6	6	2	6,00	1,50	3,83	5,75	6,00	5,00	4,75	5,67	
крайне редко	4	3	1	2	1	4	5	2	3	4	5	3	1	4	3	2	1	3	1	3	2																						

Таблица 3.3.2. Результаты подсчета методики баллов «Когнитивное оценивание ТЖС» у ординаторов (n=300) (продолжение)

на протяжении	4	0	3	0	0	4	0	4	0	0	0	0	6	0	3	0	0	0	6	6	6	0	2	2	0	4	4	1	1	1	0	6	6	6	2,00	5,00	0,83	0,00	1,25	0,00	3,25	3,67						
на протяжении	6	3	3	3	6	6	6	6	6	6	3	6	6	3	0	6	3	0	6	3	6	0	3	6		6	6	6	6	6	6	6	3	6,00	4,50	2,50	6,00	4,50	4,00	5,25	6,00							
на протяжении	5	5	1	1	5	1	1	4	1	5	4	4	3	3	1	3	1	5	3	1	5	4	5	5	3	5	5	1	6	5	1	5	3	4,75	2,00	2,33	3,50	2,25	1,67	2,50	5,33							
на протяжении	6	0	6	4	4	6	5	5	3	6	5	6	3	5	4	4	4	1	0	6	1	3	4	4	3	3	3	4	4	2	6	4	3	5,00	5,00	4,17	3,25	4,00	5,33	5,25	3,67							
на протяжении	4	0	3	0	1	6	5	4	1	0	6	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	1	0	0	4,25	4,25	2,50	0,25	0,00	5,67	1,75	0,33							
на протяжении	6	6	0	3	4	5	0	0	5	2	4	1	3	0	3	0	3	0	5	5	0	5	6	1	6	3	1	5	2	5	5	6	5,00	0,25	1,17	4,50	1,75	0,67	2,50	5,33								
случалась впервые	5	3	3	0	5	5	3	4	4	3	4	3	1	1	0	0	5	1	6	2	1	5	4	0	5	0	4	6	2	0	3	2	4	5	4,50	3,00	0,67	5,00	1,50	2,33	2,25	2,67						
никогда не происходила	5	5	1	4	1	5	5	3	4	5	1	5	1	0	1	1	5	0	5	1	1	1	5	5	5	1	5	0	1	0	4	1	5	5	3,75	2,50	2,17	3,00	2,00	3,67	1,50	3,33						
случалась впервые на протяжении	6	6	6	0	0	6	0	0	6	6	5	0	5	2	0	0	0	6	2	2	2	5	5	5	5	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	5,75	0,25	2,83	1,75	5,50	1,33	2,00	4,00					
крайне редко	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
на протяжении	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
происходила	5	6	3	5	5	4	2	2	4	6	1	3	3	4	2	1	4	1	6	3	1	5	5	3	5	3	5	1	4	5	3	5	5	4	3,50	1,50	2,67	4,75	4,00	1,67	3,50	5,00						
происходила	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
редко	5	6	0	3	6	5	0	5	6	1	3	0	3	2	3	0	3	1	3	4	0		6	6	6	3	5	0	0	5	2	0	5	6	4,75	1,25	2,00	3,75	1,75	1,67	2,00	5,00						
на протяжении	6	4	1	3	2	5	0	0	6	0	2	1	0	3	2	2	2	0	4	4	0	5	5	1	5	3	2	4	4	5	5	2	4	5	4,75	1,00	1,67	3,50	1,75	1,33	2,50	3,67						
происходила																																																
на протяжении	3	0	4	1	1	0	3	4	5	6	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
часто	5	3	3	4	5	5	0	3	4	2	3	2	1	2	2	0	3	0	4	2	2	3	2	2	1	1	4	2	4	4	3	3	1	4	4,25	3,00	2,17	3,00	2,00	2,00	2,50	3,00						
на протяжении	6	3	3	5	6	6	5	3	6	6	6	3	5	3	3	0	5	0	3	0	0	6	3	4	6	5	6	3	3	6	5	4	5	4	6,00	3,00	2,83	5,75	4,75	4,67	3,25	5,67						
крайне редко	5	5	1	5	1	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	1	5	5	3,00	1,00	3,00	2,00	5,00	1,00	2,00	5,00							
никогда не происходила																																																
редко																																																
на протяжении	6	5	3	4	5	6	1	1	6	5	2	2	5	5	3	1	3	4	5	5	5	5	3	5	5	5	6	4	4	5	1	5	6	3	5,00	1,75	3,17	4,50	4,75	1,00	5,00	5,67						
на протяжении	5	4	3	3	0	5	1	4	3	4	4	2	2	4	3	1	2	1	4	4	2	3	5	1	2	4	4	1	5	5	2	4	4	4	4,25	2,25	2,17	1,75	3,75	1,67	3,50	4,33						
редко	6	6	0	4	3	6	4	2	0	0	4	0	0	6	0	2	2	2	3	1	0	3	6	0	2	0	4	0	0	4	2	4	4	6	4,00	0,50	1,00	2,50	0,00	4,00	4,50	4,00						
на протяжении	5	3	2	2	5	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	0	2	0	5	5	3	4	5	3	4	2	2	2	1	5	4	2	3	4	3,50	2,00	1,83	3,75	2,00	1,33	1,75	3,33						
на протяжении	5	5	4	5	5	5	0	0	5	5	0	6	3	3	3	3	3	6	0	0	0	0	5	5	4	5	5	6	5		4	5	5	5	3,75	2,00	3,50	3,00	4,50	4,00	4,75	3,33						
на протяжении	5	4	3		1	6	1	2	3	2	6	5	3	5	4	3	1	1	1	2	1	1	0	2	1		3	2	1	1	2	1	0	1	5,00	3,75	2,83	1,00	1,50	3,33	3,25	1,33						
случалась впервые	5	5	1	5	5	6	3	6	1	6	4	3	5	5	1	5	1	5	1	5	5	3	1	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5,75	2,75	2,33	5,00	3,00	4,00	4,25	5,00							
на протяжении	5	3	3	5	5	5	2	3	3	0	5	3	5	3	3	0	5	2	5	4	2	5	3	4	5	5	5	1	3	5	2	5	5	3	4,50	3,00	3,00	5,00	3,25	1,67	3,75	5,00						
на протяжении	5	4	3		1	6	1	2	3	2	6	5	3	5	4	3	1	1	1	2	1	1	0	2	1		3	2	1	1	2	1	0	1	5,00	3,75	2,83	1,00	1,50	3,33	3,25	1,33						
на протяжении	6	5	0	4	3	6	0	0	4	4	0	0	2	4	1	1	0	0	6	4	0	6	6	0	6	4	6	0	6	6	1	4	4	4	4,00	0,25	1,33	3,75	4,00	0,67	3,50	5,33						
на протяжении	6	0	0	3	5	0	3	3	0	3	2	0	6	3	1	5	1	6	5	0	6	6	4	6	0	6	6	0	6	4	5	6	6	4,25	2,75	1,33	5,00	0,00	0,33	4,25	6,00							
на протяжении	5	5	3	3	5	5	1	3	6	1	5	5	0	5	1	1	5	1	6	6	4	6	1	0	5	3	1	1	5	3	5	1	5	5	5,25	3,50	1,50	5,25	2,25	0,33	3,00	3,00						
случалась впервые	6	0	5	0	0	5	5	0	1	5	5	1	4	1	1	1	3	4	4	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	5	5	4,00	4,50	1,33	0,25	0,50	3,00	4,25	1,67						

Таблица 3.3.3. Результаты подсчета баллов методики «Когнитивное оценивание ТЖС» у врачей (n=50)

№	возраст	пол	ситуация	частота	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	ф1	ф2	ф3	ф4	ф5	ф6	ф7	ф8		
1	45 лет	1	трудности в воспитании	крайне редко	6	6	2	4	2	6	2	2	5	6	3	1	1	3	4	2	5	1	6	2	0	5	5	1	5	4	6	1	5	5	4	5	3	4	5,00	1,00	2,50	4,25	4,00	2,00	3,75	4,67		
2	32	2	Не чувствую себя в	жизни в этой ситуации на	5	4	2	3	2	6	1	0	6	1	3	1	1	6	2	1	0	4	6	6	0	6	3	6	3	6	4	0	6	3	5	5	2	2	5,00	1,50	3,00	2,75	3,50	0,33	5,25	3,00		
3	33	1	большая загруженность	жизни в этой ситуации на	5	5	3	2	3	4	1	3	4	5	5	4	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	3	3	1	3	3	3	2	2	4	2	3	1	3	4,50	2,75	2,50	2,75	3,50	3,67	3,25	2,67	
4	46	1	ть	ситуации на	5	1	5	1	1	5	3	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	3	5	1	5	1	1	1	5	5	1	1	5	5	1	5	1	1	4,00	4,00	2,33	2,00	3,00	3,00	4,50	2,33		
5	27	2	Что дальше ?	ситуации на	6	4	3	2	2	6	0	3	4	4	4	5	2	4	3	0	1	1	4	3	3	4	2	5	4	5	6	3	4	5	4	3	5	2	5,00	3,50	2,83	2,75	3,75	1,67	3,50	5,33		
6	45	1	старость	происходила	6	6	3	4	2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	0	4	3	4	3	6	4	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	6	4	5,00	2,50	2,83	3,25	4,50	2,33	4,00	5,00	
7	30	1	Смена места работы	случалась	6	6	0	0	5	1	0	5	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0	6	6	0	0	6	6	6	3	6	1	2	6	4	6	6	6	5,50	0,00	1,17	2,75	1,50	0,33	2,75	6,00		
8	42	2	Нет	крайне редко	3	2	1	2	3	3	2	4	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	2	2	4	3,00	3,25	2,17	3,25	2,75	3,00	2,25	3,33
9	35	2	отношения с	ситуации на	6	5	4	6	4	6	1	4	6	6	5	4	4	4	4	6	4	3	4	3	1	6	6	3	2	4	5	6	6	6	6	4	6	6	3	5,75	3,00	4,17	4,25	5,25	3,00	5,00	6,00	
10	29	2	смп и	крайне редко	4	0	0	3	5	6	6	6	5	0	0	1	0	6	1	0	5	0	0	0	0	5	0	5	0	5	0	2	6	0	6	6	6	6	6	3,75	3,50	0,67	5,00	0,00	6,00	4,50	4,67	
11	45 лет	1	трудности в воспитании	крайне редко	6	6	2	4	2	6	2	2	5	6	3	1	1	3	4	2	5	1	6	2	0	5	5	1	5	4	6	1	5	5	4	5	3	4	5,00	1,00	2,50	4,25	4,00	2,00	3,75	4,67		
12	32	2	Не чувствую себя в	жизни в этой ситуации на	5	4	2	3	2	6	1	0	6	1	3	1	1	6	2	1	0	4	6	6	0	6	3	6	3	6	4	0	6	3	5	5	2	2	5,00	1,50	3,00	2,75	3,50	0,33	5,25	3,00		
13	33	1	большая загруженность	жизни в этой ситуации на	5	5	3	2	3	4	1	3	4	5	5	4	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	3	3	1	3	3	3	2	2	4	2	3	1	3	4,50	2,75	2,50	2,75	3,50	3,67	3,25	2,67	
14	46	1	ть	ситуации на	5	1	5	1	1	5	3	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	3	5	1	5	1	1	1	5	5	1	1	5	5	1	5	1	1	4,00	4,00	2,33	2,00	3,00	3,00	4,50	2,33		
15	27	2	Что дальше ?	ситуации на	6	4	3	2	2	6	0	3	4	4	4	5	2	4	3	0	1	1	4	3	3	4	2	5	4	5	6	3	4	5	4	3	5	2	5,00	3,50	2,83	2,75	3,75	1,67	3,50	5,33		
16	45	1	старость	происходила	6	6	3	4	2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	0	4	3	4	3	6	4	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	6	4	5,00	2,50	2,83	3,25	4,50	2,33	4,00	5,00	
17	30	1	Смена места работы	случалась	6	6	0	0	5	1	0	5	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0	6	6	0	0	6	6	6	3	6	1	2	6	4	6	6	6	5,50	0,00	1,17	2,75	1,50	0,33	2,75	6,00		
18	45 лет	1	трудности в воспитании	крайне редко	6	6	2	4	2	6	2	2	5	6	3	1	1	3	4	2	5	1	6	2	0	5	5	1	5	4	6	1	5	5	4	5	3	4	5,00	1,00	2,50	4,25	4,00	2,00	3,75	4,67		
19	32	2	Не чувствую себя в	жизни в этой ситуации на	5	4	2	3	2	6	1	0	6	1	3	1	1	6	2	1	0	4	6	6	0	6	3	6	3	6	4	0	6	3	5	5	2	2	5,00	1,50	3,00	2,75	3,50	0,33	5,25	3,00		
20	33	1	большая загруженность	жизни в этой ситуации на	5	5	3	2	3	4	1	3	4	5	5	4	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	3	3	1	3	3	3	2	2	4	2	3	1	3	4,50	2,75	2,50	2,75	3,50	3,67	3,25	2,67	
21	46	1	ть	ситуации на	5	1	5	1	1	5	3	1	1	1	5	5	1	1	1	3	5	1	1	1	5	1	1	1	5	5	1	1	5	5	1	5	1	1	4,00	4,00	2,33	2,00	3,00	3,00	4,50	2,33		
22	27	2	Что дальше ?	ситуации на	6	4	3	2	2	6	0	3	4	4	4	5	2	4	3	0	1	1	4	3	3	4	2	5	4	5	6	3	4	5	4	3	5	2	5,00	3,50	2,83	2,75	3,75	1,67	3,50	5,33		
23	45	1	старость	происходила	6	6	3	4	2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	0	4	3	4	3	6	4	4	4	3	5	5	5	4	4	4	6	4	5,00	2,50	2,83	3,25	4,50	2,33	4,00	5,00		
24	30	1	Смена места работы	случалась	6	6	0	0	5	1	0	5	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0	6	6	0	0	6	6	6	3	6	1	2	6	4	6	6	6	5,50	0,00	1,17	2,75	1,50	0,33	2,75	6,00		
25	45 лет	1	трудности в воспитании	крайне редко	6	6	2	4	2	6	2	2	5	6	3	1	1	3	4	2	5	1	6	2	0	5	5	1	5	4	6	1	5	5	4	5	3	4	5,00	1,00	2,50	4,25	4,00	2,00	3,75	4,67		
27	32	2	себя в	ситуации на	5	4	2	3	2	6	1	0	6	1	3	1	1	6	2	1	0	4	6	6	0	6	3	6	3	6	4	0	6	3	5	5	2	2	5,00	1,50	3,00	2,75	3,50	0,33	5,25	3,00		
27	33	1	загруженное	ситуации на	5	5	3	2	3	4	1	3	4	5	5	4	4	4	2	2	2	2	1	1	1	3	3	1	3	3	3	2	2	4	2	3	1	3	4,50	2,75	2,50	2,75	3,50	3,67	3,25	2,67		
28	46	1	ть	ситуации на	5	1	5	1	1	5	3	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	3	5	1	5	1	1	1	5	5	1	1	5	5	1	5	1	1	4,00	4,00	2,33	2,00	3,00	3,00	4,50	2,33		
29	27	2	Что дальше ?	ситуации на	6	4	3	2	2	6	0	3	4	4	4	5	2	4	3	0	1	1	4	3	3	4	2	5	4	5	6	3	4	5	4	3	5	2	5,00	3,50	2,83	2,75	3,75	1,67	3,50	5,33		
30	45	1	старость	происходила	6	6	3	4	2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	0	4	3	4	3	6	4	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	6	4	5,00	2,50	2,83	3,25	4,50	2,33	4,00	5,00	
31	30	1	работы	случалась	6	6	0	0	5	1	0	5	1	6	0	0	0	1	0	0	0	6	6	0	0	6	6	6	3	6	1	2	6	4	6	6	6	5,50	0,00	1,17	2,75	1,50	0,33	2,75	6,00			
32	42	2	Нет	крайне редко	3	2	1	2	3	3	2	4	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	4	3	4	3	4	4	3	4	2	2	4	3,00	3,25	2,17	3,25	2,75	3,00	2,25	3,33	
33	35																																															

Таблица 3.4.1 - Результаты подсчета баллов по симптомам СЭВ в группе обучающихся по программам специалитета (n=30)

Студен- ты	Напряженне				Резистенция				Истощенне				Сумм а	Возра ст	Пол	Стаж
	№ п/п	ППО	НС	ЗвК	ТвЛ	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО				
1	24	15	6	21	24	22	11	15	17	10	5	8	178	20	2	0
2	19	8	0	18	25	19	5	18	5	8	8	7	140	20	2	0
3	14	11	0	0	25	7	0	12	10	12	18	12	121	20	1	0
4	14	5	5	28	30	20	6	7	14	0	10	8	147	20	2	0
5	19	5	10	18	19	20	6	8	14	3	5	10	137	20	2	0
6	5	10	6	10	17	7	26	23	17	10	13	5	149	20	1	0
7	15	6	0	13	15	20	13	16	7	0	5	10	120	21	2	1
8	2	8	1	5	27	20	0	5	7	10	0	6	91	21	2	1
9	23	5	8	25	13	4	8	23	13	13	18	15	168	20	2	0
10	15	8	0	20	18	2	5	10	15	5	10	8	116	20	2	0
11	2	5	0	7	17	5	13	10	12	13	0	8	92	20	2	0
12	14	8	10	25	20	22	28	17	7	16	5	8	180	20	2	0
13	10	8	6	0	10	17	8	27	10	17	0	0	113	19	1	0
14	22	15	15	30	28	7	48	23	17	15	30	30	280	20	2	0
15	7	2	7	15	12	7	48	15	15	3	3	11	145	20	2	0
16	17	5	0	10	16	9	10	10	9	2	7	23	118	21	2	1
17	15	3	0	0	12	10	3	9	3	8	0	0	63	20	1	0
18	7	3	0	0	20	10	25	7	10	10	0	5	97	21	1	1
19	9	10	13	27	27	5	6	7	5	0	13	7	129	20	2	0
20	7	3	1	8	20	5	0	9	7	3	0	5	68	20	2	0
21	10	8	1	10	15	12	3	6	7	9	10	5	96	20	1	0
22	12	3	1	0	22	15	0	2	3	7	5	0	70	19	1	0
23	19	11	10	28	25	10	40	18	9	16	18	5	209	19	2	0
24	17	10	6	12	20	10	16	23	25	28	23	13	203	22	2	2

Студен ты	Напряженне				Резистенция				Истощенне				Сумм а	Возра ст	По л	Стаж
	№ п/п	ППО	НС	ЗвК	ТвД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО				
25	12	3	0	0	17	17	23	5	17	15	0	6	115	20	2	0
26	8	3	3	23	14	5	18	10	15	5	25	20	149	20	2	0
27	4	8	1	16	20	5	0	5	12	3	3	10	87	20	2	0
28	7	3	1	18	25	10	25	23	12	3	5	8	140	21	2	1
29	4	10	1	18	15	15	12	10	14	5	3	8	115	20	2	0
30	17	5	5	23	17	22	28	20	12	16	16	10	191	19	2	0
Средн е	12,33 333	6,9	3,9	14,26 667	19,5	11,96 667	14,46 667	13,1	11,33 333	8,833 333	8,6	9,033 333	134,2 333	20,1	м- 7, ж- 23	0,233 333
Станд. откл.	6,249 598	3,546 246	4,397 099	9,769 528	5,315 884	6,462 002	13,82 086	6,949 82	4,950 328	6,470 534	8,286 258	6,386 858	47,43 03	0,661 764		0,504 007
Средн. д.	5,266 667	2,966 667	3,753 333	8,315 556	4,366 667	5,695 556	11,05 778	6,046 667	3,977 778	5,166 667	6,72	4,308 889	35,78 222	0,426 667		
Виды с-ма	СКС	ФС	ФС	СКС	СС	СКС	СКС	СКС	СКС	ФС	ФС	ФС				
Медиа на	13	7	1	15,5	19,5	10	10,5	10	12	8,5	5	8	125	20		

Примечание: * - Символы СЭВ: ППО - переживания психотравмирующих обстоятельств, НС - не удовлетворённости собой, ЗвК - «загнанности в клетку», ТвД - тревога и депрессия, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирования, ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация, РСЭЭ - расширение сферы экономии эмоций, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО - эмоциональная отстраненность, ЛО - личностная отстраненность, ПлПВН - психосоматические и психовегетативные нарушения. ** - Характеристика символа: НеС - не сложившийся симптом, СКС - складывающийся симптом, СС - сложившийся симптом, ДС - доминирующий симптом.

Таблица 3.4.2 - Результаты подсчета баллов по симптомам СЭВ в группе обучающихся по программам ординатуры (n=300) -

Ординаторы № п/п	Напряженне				Резистенция				Истощенне				Сумма	Возраст
	ШПО	НС	ЗвК	ГвД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦвДВН		
28	9	8	1	0	20	5	10	5	14	13	18	2	105	25
29	0	3	0	8	0	7	0	5	0	13	0	0	36	26
30	9	11	16	13	20	27	5	18	5	13	10	8	155	27
31	15	5	1	28	22	17	13	23	5	12	15	18	174	25
32	17	15	5	18	30	12	20	25	22	17	20	9	210	24
33	15	5	6	13	22	15	22	15	3	15	13	13	157	25
34	4	5	0	2	15	7	5	7	12	11	5	5	78	25
35	4	7	20	15	10	11	12	29	14	20	23	22	196	25
36	4	5	0	0	15	14	5	15	12	13	8	0	91	27
37	20	8	6	23	15	7	3	23	2	6	3	10	126	26
38	2	0	0	8	20	7	5	7	15	8	8	3	83	26
39	2	8	15	5	10	10	8	5	19	7	15	6	110	25
40	0	3	0	8	10	9	10	20	17	7	8	8	100	25
41	7	0	1	3	10	2	5	5	0	8	0	3	44	24
42	4	23	6	10	20	12	18	13	23	15	20	12	176	24
43	24	12	1	18	10	10	48	25	12	2	23	15	200	24
44	20	27	26	20	27	5	6	23	25	30	25	10	244	24
45	12	6	5	6	21	22	3	7	7	11	0	8	108	24
46	2	3	11	5	15	8	5	9	8	10	3	0	79	24
47	2	3	1	15	15	9	2	25	12	10	5	0	99	24
48	12	0	6	15	25	5	0	5	7	10	13	5	103	24
49	2	3	1	15	15	9	2	25	12	10	5	0	99	25
50	12	0	6	15	25	5	0	5	7	10	13	5	103	24
51	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	26
52	9	5	1	10	25	13	28	25	20	28	23	15	202	26
53	12	3	3	18	28	10	28	5	7	8	3	10	135	25
54	22	3	3	5	18	15	3	20	20	8	5	3	125	25
55	7	0	1	5	12	7	35	17	10	3	5	0	102	25
56	5	0	1	0	12	7	13	22	12	5	5	0	82	25
57	22	0	8	13	22	24	23	13	15	16	10	5	171	26

Ординаторы № п/п	Напряжение				Резистанция				Истощение				Сумма	Возраст
	ППО	НС	ЗвК	ТяД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦяПВН		
58	14	8	1	23	22	22	8	8	19	5	8	13	151	29
59	5	0	0	15	15	20	25	10	0	10	0	2	102	25
60	18	5	9	3	28	15	37	19	0	15	5	4	158	25
61	12	5	6	21	7	17	27	15	2	8	13	8	141	23
62	20	15	5	15	23	9	8	22	5	13	15	16	166	24
63	10	11	18	18	15	15	23	10	5	11	7	18	161	24
64	0	3	1	3	22	15	23	17	10	13	5	8	120	24
65	19	8	2	18	18	7	33	25	17	8	28	8	191	25
66	0	3	6	12	22	10	0	25	5	5	5	8	101	26
67	0	3	0	0	10	5	0	0	5	3	0	0	26	25
68	2	0	0	10	18	0	10	7	8	5	0	5	65	24
69	17	6	10	20	18	12	11	11	8	20	15	10	158	25
70	5	3	1	13	12	5	13	20	11	3	0	5	91	25
71	18	8	10	28	20	9	28	17	23	5	12	25	203	25
72	10	3	0	28	15	5	15	25	0	10	5	7	123	26
73	10	0	0	8	12	7	0	22	25	20	5	0	109	26
74	22	8	6	22	2	12	25	5	26	13	20	22	183	24
75	2	0	0	0	18	14	22	12	0	13	5	2	88	25
76	17	0	0	8	15	17	6	7	27	15	15	18	145	26
77	4	3	3	17	15	12	25	23	18	11	5	6	142	26
78	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	26
79	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	25
80	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	25
81	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	25
82	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	25
83	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	24
84	2	5	6	21	25	12	7	7	27	13	18	8	151	27
85	22	8	3	18	20	24	21	26	7	13	8	15	185	25
86	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	26
87	9	5	2	18	2	12	3	15	20	5	5	8	104	25

Ординаторы № п/п	Напряженне				Резистенция				Истошение				Сумма	Возраст
	ППО	НС	ЗвК	ТнД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦяЦВН		
88	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	25
89	4	0	1	8	23	5	3	15	5	3	5	6	78	25
90	0	0	1	8	5	8	13	8	18	10	5	2	78	25
91	15	0	0	0	13	20	8	10	5	15	3	5	94	24
92	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	25
93	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	25
94	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	25
95	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	25
96	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	25
97	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	25
98	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	26
99	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	27
100	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	26
101	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	26
102	9	5	1	10	25	13	28	25	20	28	23	15	202	26
103	12	3	3	18	28	10	28	5	7	8	3	10	135	25
104	22	3	3	5	18	15	3	20	20	8	5	3	125	25
105	7	0	1	5	12	7	35	17	10	3	5	0	102	25
106	5	0	1	0	12	7	13	22	12	5	5	0	82	25
107	22	0	8	13	22	24	23	13	15	16	10	5	171	26
108	14	8	1	23	22	22	8	8	19	5	8	13	151	29
109	5	0	0	15	15	20	25	10	0	10	0	2	102	25
110	18	5	9	3	28	15	37	19	0	15	5	4	158	25
111	12	5	6	21	7	17	27	15	2	8	13	8	141	23
112	20	15	5	15	23	9	8	22	5	13	15	16	166	24
113	10	11	18	18	15	15	23	10	5	11	7	18	161	24
114	0	3	1	3	22	15	23	17	10	13	5	8	120	24
115	19	8	2	18	18	7	33	25	17	8	28	8	191	25
116	0	3	6	12	22	10	0	25	5	5	5	8	101	26
117	0	3	0	0	10	5	0	0	5	3	0	0	26	25

Ординаторы № п/п	Напряженне				Резистанция				Истошенне				Сумма	Возраст
	ШПО	НС	ЗвК	ГвД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦиПВН		
118	2	0	0	10	18	0	10	7	8	5	0	5	65	24
119	17	6	10	20	18	12	11	11	8	20	15	10	158	25
120	5	3	1	13	12	5	13	20	11	3	0	5	91	25
121	18	8	10	28	20	9	28	17	23	5	12	25	203	25
122	10	3	0	28	15	5	15	25	0	10	5	7	123	26
123	10	0	0	8	12	7	0	22	25	20	5	0	109	26
124	22	8	6	22	2	12	25	5	26	13	20	22	183	24
125	2	0	0	0	18	14	22	12	0	13	5	2	88	25
126	17	0	0	8	15	17	6	7	27	15	15	18	145	26
127	4	3	3	17	15	12	25	23	18	11	5	6	142	26
128	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	26
129	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	25
130	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	25
131	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	25
132	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	25
133	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	24
134	2	5	6	21	25	12	7	7	27	13	18	8	151	27
135	22	8	3	18	20	24	21	26	7	13	8	15	185	25
136	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	26
137	9	5	2	18	2	12	3	15	20	5	5	8	104	25
138	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	25
139	4	0	1	8	23	5	3	15	5	3	5	6	78	25
140	0	0	1	8	5	8	13	8	18	10	5	2	78	25
141	15	0	0	0	13	20	8	10	5	15	3	5	94	24
142	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	25
143	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	25
144	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	25
145	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	25
146	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	25
147	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	25

Ординаторы № п/п	Напряженне				Резистанция				Истошение				Сумма	Возраст
	ППО	НС	ЗвК	ТяД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦяДВН		
148	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	26
149	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	27
150	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	26
151	5	7	5	0	23	30	10	23	25	28	10	0	166	23
152	7	8	3	10	23	22	5	17	5	13	0	8	121	24
153	20	0	1	28	28	5	3	22	12	11	13	8	151	24
154	20	0	1	28	28	5	3	22	12	11	13	8	151	24
155	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	25
156	9	5	1	10	25	13	28	25	20	28	25	15	204	24
157	12	3	3	18	28	10	28	5	5	8	3	10	133	24
158	22	3	3	5	18	15	3	20	15	8	5	3	120	25
159	2	3	1	3	0	7	2	7	5	7	3	0	40	26
160	2	3	1	3	0	7	2	7	5	7	3	0	40	24
161	7	8	3	10	23	22	5	17	5	13	0	8	121	24
162	7	3	0	8	23	12	10	15	2	6	10	2	98	25
163	20	3	0	28	28	5	3	22	12	11	13	8	153	24
164	2	3	1	3	0	7	2	7	5	7	3	0	40	24
165	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	24
166	5	7	5	0	23	30	10	23	25	28	10	0	166	24
167	0	0	1	0	15	17	2	7	5	10	0	8	65	23
168	0	3	6	5	12	17	0	7	23	18	0	0	91	24
169	0	3	1	0	10	5	20	12	10	10	0	0	71	25
170	5	3	1	5	10	12	0	0	5	17	13	0	71	25
171	3	13	5	8	0	17	0	7	17	13	0	5	88	25
172	24	3	1	8	12	5	12	12	0	5	13	10	105	24
173	5	7	16	0	20	12	5	15	15	20	5	0	120	24
174	2	0	1	0	13	7	10	19	10	13	0	5	80	24
175	2	0	1	0	17	2	15	17	22	15	20	2	113	24
176	5	3	0	10	15	7	5	7	10	11	3	8	84	24
177	9	13	1	13	3	5	18	5	5	6	7	18	187	25

Ординаторы № п/п	Напряженне				Резистенция				Истощенне				Сумма	Возраст
	ППО	НС	ЗвК	ТнД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦиДВН		
178	9	8	1	0	20	5	10	5	14	13	18	2	105	25
179	0	3	0	8	0	7	0	5	0	13	0	0	36	26
180	9	11	16	13	20	27	5	18	5	13	10	8	155	27
181	15	5	1	28	22	17	13	23	5	12	15	18	174	25
182	17	15	5	18	30	12	20	25	22	17	20	9	210	24
183	15	5	6	13	22	15	22	15	3	15	13	13	157	25
184	4	5	0	2	15	7	5	7	12	11	5	5	78	25
185	4	7	20	15	10	11	12	29	14	20	23	22	196	25
186	4	5	0	0	15	14	5	15	12	13	8	0	91	27
187	20	8	6	23	15	7	3	23	2	6	3	10	126	26
188	2	0	0	8	20	7	5	7	15	8	8	3	83	26
189	2	8	15	5	10	10	8	5	19	7	15	6	110	25
190	0	3	0	8	10	9	10	20	17	7	8	8	100	25
191	7	0	1	3	10	2	5	5	0	8	0	3	44	24
192	4	23	6	10	20	12	18	13	23	15	20	12	176	24
193	24	12	1	18	10	10	48	25	12	2	23	15	200	24
194	20	27	26	20	27	5	6	23	25	30	25	10	244	24
195	12	6	5	6	21	22	3	7	7	11	0	8	108	24
196	2	3	11	5	15	8	5	9	8	10	3	0	79	24
197	2	3	1	15	15	9	2	25	12	10	5	0	99	24
198	12	0	6	15	25	5	0	5	7	10	13	5	103	24
199	2	3	1	15	15	9	2	25	12	10	5	0	99	25
200	12	0	6	15	25	5	0	5	7	10	13	5	103	24
201	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	26
202	9	5	1	10	25	13	28	25	20	28	23	15	202	26
203	12	3	3	18	28	10	28	5	7	8	3	10	135	25
204	22	3	3	5	18	15	3	20	20	8	5	3	125	25
205	7	0	1	5	12	7	35	17	10	3	5	0	102	25
206	5	0	1	0	12	7	13	22	12	5	5	0	82	25
207	22	0	8	13	22	24	23	13	15	16	10	5	171	26

Ординаторы № п/п	Напряжение				Сопротивление				Истощение				Сумма	Возраст
	ШО	НС	ЗвК	ТвД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦиПВН		
208	14	8	1	23	22	22	8	8	19	5	8	13	151	29
209	5	0	0	15	15	20	25	10	0	10	0	2	102	25
210	18	5	9	3	28	15	37	19	0	15	5	4	158	25
211	12	5	6	21	7	17	27	15	2	8	13	8	141	23
212	20	15	5	15	23	9	8	22	5	13	15	16	166	24
213	10	11	18	18	15	15	23	10	5	11	7	18	161	24
214	0	3	1	3	22	15	23	17	10	13	5	8	120	24
215	19	8	2	18	18	7	33	25	17	8	28	8	191	25
216	0	3	6	12	22	10	0	25	5	5	5	8	101	26
217	0	3	0	0	10	5	0	0	5	3	0	0	26	25
218	2	0	0	10	18	0	10	7	8	5	0	5	65	24
219	17	6	10	20	18	12	11	11	8	20	15	10	158	25
220	5	3	1	13	12	5	13	20	11	3	0	5	91	25
221	18	8	10	28	20	9	28	17	23	5	12	25	203	25
222	10	3	0	28	15	5	15	25	0	10	5	7	123	26
223	10	0	0	8	12	7	0	22	25	20	5	0	109	26
224	22	8	6	22	2	12	25	5	26	13	20	22	183	24
225	2	0	0	0	18	14	22	12	0	13	5	2	88	25
226	17	0	0	8	15	17	6	7	27	15	15	18	145	26
227	4	3	3	17	15	12	25	23	18	11	5	6	142	26
228	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	26
229	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	25
230	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	25
231	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	25
232	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	25
233	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	24
234	2	5	6	21	25	12	7	7	27	13	18	8	151	27
235	22	8	3	18	20	24	21	26	7	13	8	15	185	25
236	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	26
237	9	5	2	18	2	12	3	15	20	5	5	8	104	25

Ординаторы № п/п	Напряжение				Резистанция				Истощение				Сумма	Возраст
	ППО	НС	ЗвК	ТяД	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦяДВН		
238	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	25
239	4	0	1	8	23	5	3	15	5	3	5	6	78	25
240	0	0	1	8	5	8	13	8	18	10	5	2	78	25
241	15	0	0	0	13	20	8	10	5	15	3	5	94	24
242	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	25
243	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	25
244	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	25
245	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	25
246	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	25
247	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	25
248	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	26
249	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	27
250	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	26
251	5	7	5	0	23	30	10	23	25	28	10	0	166	23
252	7	8	3	10	23	22	5	17	5	13	0	8	121	24
253	20	0	1	28	28	5	3	22	12	11	13	8	151	24
254	20	0	1	28	28	5	3	22	12	11	13	8	151	24
255	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	25
256	9	5	1	10	25	13	28	25	20	28	25	15	204	24
257	12	3	3	18	28	10	28	5	5	8	3	10	133	24
258	22	3	3	5	18	15	3	20	15	8	5	3	120	25
259	2	3	1	3	0	7	2	7	5	7	3	0	40	26
260	2	3	1	3	0	7	2	7	5	7	3	0	40	24
261	7	8	3	10	23	22	5	17	5	13	0	8	121	24
262	7	3	0	8	23	12	10	15	2	6	10	2	98	25
263	20	3	0	28	28	5	3	22	12	11	13	8	153	24
264	2	3	1	3	0	7	2	7	5	7	3	0	40	24
265	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	24
266	5	7	5	0	23	30	10	23	25	28	10	0	166	24
267	0	0	1	0	15	17	2	7	5	10	0	8	65	23

Ординаторы	Напряженне				Резистенция				Истощенне				Сумма	Возраст
	№ п/п	ППО	НС	ЗвК	Тид	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО		
298	12	0	6	15	25	5	0	5	7	10	13	5	103	24
299	2	3	1	15	15	9	2	25	12	10	5	0	99	25
300	12	0	6	15	25	5	0	5	7	10	13	5	103	24
Ср.знач.	9,39	5,22	3,58	10,25	16,38	11,05	12,66	14,46	10,67	11,6	8,22	6,98	121,21	24,88
Ср.откл.	6,308	3,8992	3,4856	6,29	5,9752	4,597	9,3988	6,5032	6,137	4,884	6,0928	4,8584	38,2952	0,966928
Симптомы	ППО	НС	ЗвК	Тид	НЭИР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ПиПВН	Сумма	Возраст
Меднана	7	3	1	10	15,5	10	10	15	10	11	5	5	112,5	25
Ср.с-мы	вс	вс	вс	снс	сс	снс	снс	снс	снс	снс	вс	вс		

Примечание: * - Симптомы СЭВ: ППО - переживания психотравмирующих обстоятельств, НС - неудовлетворённости собой, ЗвК - «загнанности в клетку», Тид - тревога и депрессия, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация, РСЭЭ - расширение сферы экономики эмоций, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО - эмоциональная отстраненность, ЛО - личностная отстраненность, ПиПВН - психосоматические и психовегетативные нарушения. ** - Характеристика симптома: НсС - не сложившийся симптом, СКС - складывающийся симптом, СС - сложившийся симптом, ДС - доминирующий симптом.

Таблица 3.4.3

Результаты подсчета баллов по симптомам СЭВ в группе практикующих врачей (n=50)

Врачи № п/п	Напряженне				Резистанция				Истощенне				Сумма	Возраст 32
	ППО *	НС	ЗвК	ТяД	НЭИР	ЭНД	РСЭ Э	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦяПВН		
1	12	5	1	3	15	10	20	7	10	3	0	5	91	28
2	9	5	1	10	25	13	28	25	20	28	23	15	202	40
3	12	3	3	18	28	10	28	5	7	8	3	10	135	34
4	22	3	3	5	18	15	3	20	20	8	5	3	125	34
5	7	0	1	5	12	7	35	17	10	3	5	0	102	35
6	5	0	1	0	12	7	13	22	12	5	5	0	82	32
7	22	0	8	13	22	24	23	13	15	16	10	5	171	33
8	14	8	1	23	22	22	8	8	19	5	8	13	151	32
9	5	0	0	15	15	20	25	10	0	10	0	2	102	32
10	18	5	9	3	28	15	37	19	0	15	5	4	158	30
11	12	5	6	21	7	17	27	15	2	8	13	8	141	32
12	20	15	5	15	23	9	8	22	5	13	15	16	166	34
13	10	11	18	18	15	15	23	10	5	11	7	18	161	35
14	0	3	1	3	22	15	23	17	10	13	5	8	120	36
15	19	8	2	18	18	7	33	25	17	8	28	8	191	32
16	0	3	6	12	22	10	0	25	5	5	5	8	101	34
17	0	3	0	0	10	5	0	0	5	3	0	0	26	33
18	2	0	0	10	18	0	10	7	8	5	0	5	65	33
19	17	6	10	20	18	12	11	11	8	20	15	10	158	30
20	5	3	1	13	12	5	13	20	11	3	0	5	91	29
21	18	8	10	28	20	9	28	17	23	5	12	25	203	28
22	10	3	0	28	15	5	15	25	0	10	5	7	123	26
23	10	0	0	8	12	7	0	22	25	20	5	0	109	29
24	22	8	6	22	2	12	25	5	26	13	20	22	183	29
25	2	0	0	0	18	14	22	12	0	13	5	2	88	27

Врачи № п/п	Напряженне				Резистивия				Истощенне				Сумма	Возраст 32
	ППО *	НС	ЗвК	ТяД	НЭИР	ЭНД	РСЭ Э	РПО	ЭД	ЭО	ЛО	ЦяПВН		
26	17	0	0	8	15	17	6	7	27	15	15	18	145	30
27	4	3	3	17	15	12	25	23	18	11	5	6	142	32
28	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	34
29	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	33
30	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	33
31	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	35
32	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	36
33	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	32
34	2	5	6	21	25	12	7	7	27	13	18	8	151	37
35	22	8	3	18	20	24	21	26	7	13	8	15	185	39
36	2	0	0	2	20	10	8	17	13	16	0	2	90	41
37	9	5	2	18	2	12	3	15	20	5	5	8	104	40
38	5	8	0	0	8	8	0	17	15	5	0	5	71	33
39	4	0	1	8	23	5	3	15	5	3	5	6	78	35
40	0	0	1	8	5	8	13	8	18	10	5	2	78	36
41	15	0	0	0	13	20	8	10	5	15	3	5	94	32
42	22	8	3	18	20	24	21	26	7	13	8	15	185	35
43	9	3	0	11	10	5	26	15	10	9	5	18	112	32
44	7	25	5	10	16	12	38	5	0	8	12	15	153	33
45	25	5	8	8	22	12	8	8	3	13	23	5	140	33
46	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	38
47	3	2	1	10	12	14	30	17	13	30	15	0	147	40
48	7	0	1	13	12	2	0	12	0	5	0	2	54	33
49	20	12	7	12	24	11	18	27	7	17	8	13	176	37
50	2	0	0	10	18	0	10	7	8	5	0	5	65	33

Врачи	Напряжённе				Резистанция				Истощенне				Сумма	Возраст
	№ п/п	ППО	НС	ЗвК	Тид	НЭИР	ЭНД	РСЭ	РПО	ЭД	ЭО	ЛО		
Средняя	10,78	4,96	3,26	11,58	16,58	11,2	16,82	15,04	10,12	11,12	8,1	8,26		33,36
Средне- д.	7,744 096	5,678 3153 58	3,7732 13863	7,14311 4	6,286006	5,851 914	11,43 516	7,342 802	7,883 437	6,638 293	7,094 839	6,435901		3,4092312
Средне- мы**	СКС	НС	НС	СКС	СС	СКС	СС	СКС	СКС	СКС	НС	НС		

Примечание: * - Симптомы СЭВ: ППО - переживания психотравмирующих обстоятельств, НС - неудовлетворённости собой, ЗвК - «загнанности в клетку», Тид - тревога и депрессия, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация, РСЭЭ - расширение сферы экономики эмоций, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО - эмоциональная отстраненность, ЛО - личностная отстраненность, ПиПВН - психосоматические и психоvegetативные нарушения. ** - Характеристика симптома: НеС - не сложившийся симптом, СКС - складывающийся симптом, СС - сложившийся симптом, ДС - доминирующий симптом.

Таблица 3.5.4

Матрица корреляций в группе обучающихся по программам специалитета (n=30)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	П	С	З	О	Кр	И	К	У	П
ППО	0,07	-0,03	0,15	-0,15	0,04	0,13	-0,02	-0,11	0,39*	0,03	-0,12	0,02	-0,17	-0,13	0,09	0,06	0,09
НС	0,41	-0,03	-0,08	0,29	-0,06	-0,08	0,17	0,17	0,07	-0,02	-0,10	-0,11	0,18	0,19	-0,18	-0,01	-0,12
ЗвК	0,29	-0,25	0,27	0,24	0,21	0,42*	0,14	0,34	0,21	0,17	-0,09	0,02	0,13	-0,07	-0,25	-0,27	-0,30
ТиД	0,26	-0,16	0,10	0,17	0,01	0,24	0,30	0,04	0,09	0,08	0,15	0,23	0,31	-0,04	-0,23	-0,14	-0,16
НЭИР	0,05	0,20	0,13	0,03	-0,01	0,01	0,24	-0,03	-0,09	0,03	0,16	-0,11	-0,01	0,06	-0,05	-0,07	-0,25
ЭНД	0,05	0,10	0,40	-0,03	0,33	-0,20	0,25	0,16	-0,10	0,01	0,25	-0,05	-0,04	-0,16	0,22	-0,04	0,09
РСЭЭ	0,38	0,12	0,09	0,35	0,16	0,14	0,24	0,23	0,14	0,17	-0,06	0,38*	0,41*	-0,12	0,13	-0,04	-0,01
РПО	0,46*	-0,04	0,12	0,14	0,15	0,05	0,15	0,04	0,40*	0,04	-0,17	0,31	0,38*	-0,02	-0,02	0,08	-0,16
ЭД	0,07	-0,02	-0,04	0,10	0,02	0,07	-0,21	-0,15	0,15	-0,23	-0,29	-0,04	0,20	-0,07	-0,07	-0,16	-0,22
ЭО	0,21	0,16	0,28	0,42*	0,26	-0,12	0,18	0,51*	0,27	0,09	-0,18	0,08	0,15	-0,18	-0,14	0,04	0,05
ЛО	0,18	-0,22	-0,27	0,12	-0,38	0,07	-0,10	-0,17	0,31	0,06	-0,29	0,04	0,18	0,08	-0,22	-0,04	0,05
ПиПВН	0,19	0,08	-0,07	-0,05	-0,02	0,10	0,04	-0,15	0,10	-0,28	-0,26	0,09	-0,05	0,16	-0,04	-0,11	0,10

Примечание: Симптомы СЭВ: ППО - переживания психотравмирующих обстоятельств, НС - неудовлетворённости собой, ЗвК - «загнанности в клетку», ТиД - тревога и депрессия, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация, РСЭЭ - расширение сферы экономики эмоций, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО – эмоциональная отстраненность, ЛО – личностная отстраненность, ПиПВН - психосоматические и психовегетативные нарушения. Факторы когнитивного оценивания ТЖС: F1-F8. Типы мышления: П – предметный, С. – символический, З – знаковый, О – образный, Кр – креативность. Стили мышления: И – инициативный, К – критический, У – управленческий, П – практический.

Таблица 3.5.5

Матрица корреляций в группе обучающихся по программам ординатуры (n=300)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	П	С	З	О	Кр	И	К	У	П
ППО	-0,09	-0,08	-0,11	0,12	-0,05	-0,12	-0,17	0,12	0,10	0,07	0,06	0,05	-0,02	-0,02	-0,04	0,27*	0,03
НС	-0,10	-0,01	0,03	0,10	-0,06	-0,09	-0,08	-0,12	-0,08	-0,01	-0,03	-0,03	-0,24*	-0,06	0,06	0,07	0,18
ЗвК	0,03	0,15	0,31*	0,10	0,16	0,01	0,19	0,08	-0,08	0,05	-0,08	-0,11	-0,21*	-0,06	-0,10	0,04	0,10
ТиД	-0,18	0,09	-0,02	0,07	-0,07	0,02	-0,23*	-0,03	0,01	-0,03	-0,17	-0,06	-0,06	-0,02	-0,05	-0,01	-0,01
НЭИР	0,14	0,13	-0,02	0,17	0,01	-0,04	0,03	0,13	0,01	0,06	-0,15	-0,04	-0,09	-0,05	0,06	0,09	0,09
ЭНД	0,01	0,08	0,07	0,15	0,12	-0,09	0,07	0,04	0,10	0,08	-0,03	-0,02	-0,16	0,05	-0,01	0,14	0,14
РСЭЭ	-0,06	-0,02	-0,09	0,08	-0,06	-0,19	-0,18	-0,02	0,01	-0,08	-0,01	-0,07	-0,04	0,06	-0,02	-0,04	0,07
РПО	0,04	0,04	-0,04	0,12	-0,04	-0,08	-0,05	0,03	-0,12	-0,08	-0,23*	-0,14	-0,16	0,01	0,17	0,23*	0,18
ЭД	0,12	0,06	-0,05	-0,01	0,02	0,10	-0,01	-0,05	-0,01	-0,20*	-0,11	-0,01	-0,16	0,01	0,06	0,13	0,23
ЭО	0,02	0,08	0,06	0,13	0,11	-0,08	0,04	0,09	-0,09	0,01	-0,01	0,03	-0,12	0,03	0,16	0,15	0,13
ЛО	-0,08	-0,04	-0,03	0,04	-0,02	-0,15	-0,13	-0,03	-0,02	0,03	0,03	-0,07	-0,21*	-0,14	0,02	0,06	0,09
ПиПВН	-0,19	0,14	0,03	-0,02	-0,06	-0,02	-0,14	-0,02	0,05	0,03	-0,15	-0,04	-0,04	0,01	0,09	0,05	0,06

Примечание: Симптомы СЭВ: ППО - переживания психотравмирующих обстоятельств, НС - неудовлетворённости собой, ЗвК - «загнанности в клетку», ТиД - тревога и депрессия, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация, РСЭЭ - расширение сферы экономики эмоций, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО – эмоциональная отстраненность, ЛО – личностная отстраненность, ПиПВН - психосоматические и психовегетативные нарушения. Факторы когнитивного оценивания ТЖС: F1-F8. Типы мышления: П – предметный, С. – символический, З – знаковый, О – образный, Кр – креативность. Стили мышления: И – инициативный, К – критический, У – управленческий, П – практический.

Таблица 3.5.6

Матрица корреляций в группе врачей (n=50)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	П	С	З	О	Кр	И	К	У	П
ППО	-0,31	-0,07	-0,35	0,36	-0,09	0,16	-0,75*	0,07	-0,09	0,12	0,06	-0,26	-0,26	-0,05	-0,05	0,01	-0,11
НС	-0,47	0,04	-0,42	0,31	-0,16	0,12	-0,63	-0,06	0,01	-0,03	-0,33	-0,09	-0,39*	0,07	0,10	0,15	0,02
ЗвК	-0,10	0,02	-0,03	-0,26	0,23	-0,06	-0,59	-0,14	0,16	-0,11	-0,32	-0,04	-0,13	-0,09	0,14	-0,01	0,11
ТиД	-0,22	0,02	-0,42	0,08	-0,27	0,01	-0,43	-0,07	-0,15	-0,04	0,03	-0,16	-0,29	-0,08	-0,01	-0,10	-0,31
НЭИР	-0,32	0,03	-0,08	0,49	0,09	0,43	-0,51	-0,02	-0,29	0,29	0,03	-0,30	-0,31	-0,17	0,03	-0,25	-0,25
ЭНД	-0,02	0,01	0,45	-0,01	0,38	-0,17	-0,30	0,12	-0,01	0,01	-0,22	-0,07	-0,18	-0,02	0,22	-0,10	0,02
РСЭЭ	-0,21	-0,15	-0,09	-0,29	-0,15	-0,48	-0,58	-0,15	0,01	0,06	-0,52*	0,01	-0,25	0,12	-0,04	0,10	0,27
РПО	-0,24	-0,20	0,17	0,19	0,24	0,02	-0,42	-0,21	-0,12	0,27	-0,19	-0,16	-0,26	-0,10	-0,08	-0,11	0,04
ЭД	-0,25	0,25	0,04	0,54	0,18	0,23	-0,32	0,16	-0,08	0,24	-0,24	-0,30	-0,26	-0,15	-0,13	-0,21	0,18
ЭО	-0,21	0,02	-0,21	0,69*	0,03	0,11	-0,44	0,35	-0,07	0,14	-0,32	-0,32	-0,52*	-0,16	0,14	-0,08	0,01
ЛО	-0,08	-0,24	-0,42	0,19	-0,19	0,01	-0,76*	0,14	-0,04	0,06	-0,13	-0,26	-0,32	-0,10	0,10	-0,27	-0,17
ПиПВН	-0,08	-0,41	0,08	-0,32	0,06	-0,28	-0,32	-0,47	0,04	-0,01	-0,07	-0,03	-0,04	0,11	-0,11	-0,02	-0,12

Примечание: Симптомы СЭВ: ППО - переживания психотравмирующих обстоятельств, НС - неудовлетворённости собой, ЗвК - «загнанности в клетку», ТиД - тревога и депрессия, НЭИР - неадекватного эмоционального избирательного реагирование, ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация, РСЭЭ - расширение сферы экономики эмоций, РПО - редукция профессиональных обязанностей, ЭД - эмоциональный дефицит, ЭО - эмоциональная отстраненность, ЛО - личностная отстраненность, ПиПВН - психосоматические и психовегетативные нарушения. Факторы когнитивного оценивания ТЖС: F1-F8. Типы мышления: П - предметный, С. - символический, З - знаковый, О - образный, Кр - креативность. Стили мышления: И - инициативный, К - критический, У - управленческий, П - практический.